

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1933-1934 N° 137

Une statistique hospitalière
de
vingt-et-un cas d'abcès du poumon

Considérations
Cliniques, Radiologiques, Thérapeutiques

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Juin 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles MERMET

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 13 Juillet 1905, à ST-CHAMOND (Loire)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1934

Une statistique hospitalière
de vingt et un cas d'abcès du poumon



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Une statistique hospitalière
de
vingt-et-un cas d'abcès du poumon

Considérations
Cliniques, Radiologiques, Thérapeutiques

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Juin 1934

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles MERMET

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 13 Juillet 1905, à ST-CHAMOND (Loire)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET
BARRAL, ROLLET, DOYON.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.....	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	BONNET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	COLLET.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	GAYET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale.....	COURMONT.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie externe	POLICARD.
Pathologie interne	HERMANN.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	LERICHE.
Anatomie pathologique	FROMENT.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	FAVRE.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLONG (F.).
Thérapeutique	Etienne MARTIN.
Pharmacie et Pharmacologie.....	ROCHAIX.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SAVY.
	LEULIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Cnargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie.....	MM. CONDAMIN.
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie.....	NOEL.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chirurgie expérimentale.....	MM. TAVERNIER.
Stomatologie	PONT

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
MAZEL	WERTHEIMER	EPARVIER	CREYSSSEL
DUMAS	GATÉ	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT
DUFOURT	DECHAUME	MORENAS	PAUPERT-
DEVIC	BERNHEIM	REBATTU	RAVAULT
GABRIELLE	POLLOSSON	REVOI.	PIGEAUD
MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME	PONTHUS
ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN	MALMEJAC

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. CADE, président ; ROUBIER, assesseur ;
CHALIER J. et GATÉ



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON GRAND-PÈRE
LE DOCTEUR L. MERMET

DE MON ONCLE
LE DOCTEUR L.-G. MERMET

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MES CHERS PARENTS

A MA TANTE

En faible témoignage de ma profonde affection et de ma grande reconnaissance.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

AUX MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CADE

Professeur de Pathologie générale

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre jury.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. CHALIER

Médecin des Hôpitaux

Sa présence dans notre jury nous fournit l'occasion de lui dire le souvenir reconnaissant que nous gardons de son enseignement.

Nous n'avons garde d'oublier qu'il fut déjà notre juge au concours de l'Internat. Nous lui en exprimons nos sentiments respectueux de profonde gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUBIER

Médecin des Hôpitaux

Au cours du semestre d'Internat qui nous a valu l'heureuse fortune d'être son élève, il a bien voulu nous confier le sujet de cette thèse. Pour les directives et les conseils éclairés qu'il nous a prodigués, ainsi que pour l'intérêt qu'il nous a témoigné, qu'il reçoive ici nos plus vifs remerciements.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATÉ

Médecin des Hôpitaux

Nous avons eu l'honneur d'être son externe. Nous nous souviendrons toujours de ses leçons aux Chazeaux où la vivacité de son regard et de son intelligence s'alliait à la cordialité du sourire.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre sincère gratitude et de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. BARBIER

Médecin des Hôpitaux

Il n'a cessé de nous prodiguer des marques de sa bienveillance. Qu'il soit assuré de tout notre dévouement et de notre profonde gratitude.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR X. DELORE
MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHUT
MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNARD
MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAMOUR
MONSIEUR LE DOCTEUR PERRIN
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SANTY
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATÉ
MONSIEUR LE DOCTEUR GOYET
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALIER
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DEVIC
MONSIEUR LE DOCTEUR GONNET
MONSIEUR LE PROFESSEUR COLLET
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUBIER
MONSIEUR LE DOCTEUR GARDERE

Une statistique hospitalière de vingt et un cas d'abcès du poumon

CHAPITRE PREMIER

Introduction

A l'heure actuelle, le fait de discuter ou de poser le diagnostic d'abcès du poumon est devenu chose courante. Cela ne laisse pas d'étonner si, faisant abstraction des données récentes, on se reporte à quelque vingt ans en arrière.

Assurément, au cours du siècle dernier, l'abcès du poumon n'était pas inconnu des grands médecins, mais on le considérait comme une rareté et Trousseau, dans ses mémorables Cliniques de l'Hôtel-Dieu, pouvait s'exprimer ainsi à son sujet : « Cette lésion est assez rare pour que Laënnec, dont l'opinion doit être d'une grande autorité en pareille matière, affirme que, sur plusieurs centaines d'ouvertures de cadavres morts de péripneumonie, il ne lui est pas arrivé, dans un espace de plus de vingt ans, de rencontrer plus de cinq à six fois des collections de pus dans le poumon enflammé ».

Les grands traités de pathologie interne de la fin du xix^e siècle, en font tout juste mention et le dictionnaire encyclopédique de Dechambre ne consacre pas aux abcès du poumon le moindre alinéa.

Le sort de « parent pauvre » dévolu si longtemps à ce chapitre de la pathologie pulmonaire, s'est amé-

lioré progressivement au cours de ces dix dernières années. Les cas présentés devant les diverses sociétés médicales ne se comptent plus et en 1932 la question des abcès du poumon, sous l'impulsion de Sergent et de ses élèves, est mise à l'ordre du jour du XXII^e Congrès Français de Médecine. Comment expliquer cette différence entre les conceptions anciennes et les données actuelles ? Y aurait-il une augmentation réelle de la fréquence des abcès du poumon ? On a incriminé, à plus ou moins juste titre d'ailleurs, le rôle de l'épidémie de grippe de 1918, celui des privations de toutes sortes dues aux hostilités ou enfin celui des gaz toxiques, ces derniers créant une fragilité particulière de tout l'arbre respiratoire. Mais, malgré tout, il s'agit plus vraisemblablement d'une augmentation non pas réelle, mais apparente : les cas pathologiques appelés aujourd'hui « abcès du poumon » étaient autrefois désignés différemment.

Tout d'abord, on croyait, depuis Dieulafoy, à la grande fréquence de la pleurésie interlobaire : quand un malade présentait une expectoration purulente abondante avec des vomiques, des poussées fébriles et des signes d'un foyer suspendu, on ne portait pas d'autre diagnostic.

Actuellement, on assiste à un véritable « renversement des valeurs ».

Sergent et Kourlisky pensent que l'on porte trop souvent le diagnostic de pleurésie interlobaire alors qu'il s'agit en général de suppurations pulmonaires, celles-ci étant bien plus fréquentes.

Rist estime de même que la pleurésie interlobaire, telle que l'a décrite Dieulafoy, est une rareté : « l'em-

pyème pulmonaire, tel qu'il est classiquement admis et décrit, me paraît être un mythe » .

Kourlisky enfin, dans sa thèse, estime que parmi les observations publiées sous le titre de pleurésie interlobaire, très peu contiennent une preuve chirurgicale ou nécropsique.

En somme, la pleurésie interlobaire est très rare, l'abcès du poumon est fréquent.

On faisait ensuite le diagnostic de gangrène pulmonaire toutes fois que l'on constatait chez un malade une expectoration fétide ou putride. Or, les progrès de la radiologie ont bien montré, qu'il existait, à côté des gangrènes pulmonaires diffuses si bien décrites par Laënnec, des foyers gangreneux circonscrits avec formation de pus, celui-ci étant bien visible à la radioscopie sous forme d'une image hydro-aérique. Il s'agit bien, dans ces cas, d'un véritable « abcès du poumon », abcès, que l'on peut appeler gangréneux ou fétide, en raison des caractères de l'expectoration.

Le chapitre des abcès du poumon s'est donc, on le voit, bien enrichi depuis quelques années ; mais cela, aux dépens de ceux de la pleurésie interlobaire et de la gangrène pulmonaire.

Les travaux des auteurs anciens et des grands cliniciens du siècle dernier sur les abcès du poumon n'étaient, nous l'avons déjà dit, pas très nombreux.

Laënnec, cependant, dans son *Traité de l'auscultation médicale* réservait, dans son chapitre sur la pneumonie, une place à part à la péripneumonie, ébauchant ainsi l'étude des suppurations pulmonaires.

Plus tard, en 1868, Trousseau consacre une de ses

leçons cliniques à l'étude des abcès pulmonaires et aux vomiques péripneumoniques. Respectant l'opinion de Laënnec sur la rareté relative des abcès du poumon, il trace, à l'aide de quelques observations, un tableau clinique de l'affection ; tableau auquel, hors les données radiologiques, nous ne pouvons que souscrire.

En 1893 enfin, l'affection est décrite, au même titre que les autres affections pulmonaires, dans le *Manuel de Médecine* de Debove et Achard.

La question reste ainsi fixée jusqu'en 1920, date à partir de laquelle les observations d'abcès pulmonaire surgissent de tous côtés ; cette affection est à l'ordre du jour. Les traits cliniques en sont réunis dans la thèse de Girard (1922) et dans le rapport de MM. Bezançon et de Jong au XXIII^e Congrès de Médecine (Nancy, 1923). Mais il faut encore attendre trois ans pour voir paraître la thèse de Kourlisky (Paris, 1927), première mise au point importante de la question ; base désormais fondamentale de toute étude sur les suppurations pulmonaires. Après un rapide aperçu historique, l'auteur étudie, dans deux chapitres distincts, les suppurations circonscrites non fétides, abcès du poumon proprement dits, et les suppurations circonscrites fétides, appelées encore « abcès gangreneux ou putrides » .

Pour chacune de ces catégories, l'auteur étudie l'étiologie, la nature des germes en cause, les lésions produites et l'aspect clinique avec ses diverses modalités évolutives, étiologiques et bactériologiques. Il s'efforce ensuite d'établir les caractères distinctifs entre les suppurations pulmonaires fétides et la gan-

grène pulmonaire ; l'allure clinique de ces suppurations justifie parfaitement, à son avis, le terme d'abcès putrides sous lequel on les a désignées. Il s'insurge enfin contre la doctrine classique, professée par Dieulafoy, au sujet de la pleurésie interlobaire. Les vérifications opératoires et nécropsiques lui permettent d'affirmer l'extrême rareté de cette affection et la grande fréquence de l'abcès pulmonaire. Il termine en insistant sur la difficulté du traitement des abcès pulmonaires chroniques, lesquels nécessitent, pour être traités correctement, une étroite collaboration médico-chirurgicale.

Léon-Kindberg fait paraître en 1928 une monographie sur les abcès du poumon ; on peut la considérer comme un résumé de la thèse dont nous venons de parler.

A Lyon, Moulinier, dans sa thèse parue en 1931, résume l'état de la question des suppurations pulmonaires non tuberculeuses et de leur traitement. Après avoir établi une classification des suppurations pulmonaires en gangrène pulmonaire vraie, abcès du poumon et bronchectasie, l'auteur étudie la thérapeutique appropriée à chacune d'elles. En ce qui concerne l'abcès du poumon il envisage, en cas d'abcès aigu, une phase de temporisation dans laquelle le traitement médical, associé au repos au lit et au traitement postural, est seul de mise ; vers la troisième semaine il conseille, avec Léon-Kindberg, la méthode bronchoscopique, laquelle, vers la sixième ou la huitième semaine, sera le premier temps d'une pneumotomie ; celle-ci sera faite en un ou deux temps, suivant l'état de la plèvre.

Pour les abcès ou suppurations pulmonaires chro-

niques, il préconise encore le traitement bronchoscopique qui serait susceptible de guérir un petit nombre d'entre eux ; sinon il faudra recourir à l'action chirurgicale.

S'il s'agit d'une suppuration collectée et que le drainage spontané soit suffisant, on aura recours à la collapsothérapie (thoracoplastie ou décollement pleuro-pariétal) ; sinon on pratiquera un drainage chirurgical.

En cas de suppuration multiloculaire diffuse, l'excérèse seule serait susceptible d'amener la guérison : en pareil cas, on recourt généralement, en France, à l'opération de Graham (pneumectomie par cautérisations successives).

Nous devons également citer, parmi les travaux contemporains, les divers rapports présentés au Congrès Français de Médecine (Paris, 1932) : le rapport d'Etienne Bernard sur l'efficacité de l'émétine, celui de Lemierre, Léon-Kindberg et Soulas sur les méthodes bronchoscopiques et surtout celui de Sergent et Kourlisky sur les indications respectives du traitement médical et du traitement chirurgical dans les abcès du poumon.

Ces auteurs insistent d'abord sur le siège juxta-scissural et non intrascissural des suppurations pulmonaires, distinction désormais bien établie ; ils définissent ensuite l'abcès pulmonaire, présentent une étude clinique et diagnostique de ses diverses variétés en insistant sur les données de l'exploration radiologique. Ils précisent enfin les divers modes de traitements usités tant dans le domaine médical (sérothérapie, bactériothérapie, chimiothérapie, drainage postural, aspiration bronchoscopique, pneumothorax)

que dans la sphère chirurgicale (phrénicectomie, thoracoplastie, pneumotomie, pneumectomie). Ces divers traitements possèdent, suivant les diverses variétés cliniques, des indications bien précises : mais, avant de ne rien tenter, on doit se pénétrer d'une notion bien établie, celle de la guérison spontanée de bon nombre d'abcès.

Nous aurons l'occasion, au cours de notre thèse, de citer fréquemment l'opinion de ces auteurs.

Nous nous arrêterons là dans notre exposé, car notre intention n'est nullement, dans ce travail, de faire une bibliographie complète de la question ; nous renvoyons, pour cela, aux mémoires que nous venons de citer et notamment aux thèses de Kourlisky et de Moulinier.

Nous voulons apporter au débat une statistique hospitalière d'abcès du poumon portant sur une quinzaine d'années. Cette statistique, celle du Service de notre Maître M. le Docteur Roubier, nous inspirera quelques réflexions au point de vue clinique et radiologique et nous permettra d'exposer notre opinion sur la question encore si controversée du traitement de cette affection.

Et tout d'abord, que doit-on entendre exactement par ce terme « abcès du poumon » ? Nous empruntons à Sergent sa définition. « C'est un foyer de suppuration collectée dans une cavité néo-formée creusée dans le poumon par une inflammation aiguë ».

Nous envisagerons exclusivement dans cette thèse les abcès primitifs, ou faisant immédiatement suite à une affection pulmonaire aiguë banale.

Nous éliminons donc :

a) Les abcès dits *septicémiques* : ils apparaissent au cours des maladies infectieuses générales septico-pyohémiques ; ils sont en général multiples, de petites dimensions, et ne sont découverts qu'à l'autopsie, le plus souvent.

b) Les abcès *migrateurs*, provenant d'une suppuration du voisinage : tels, par exemple, les abcès pulmonaires consécutifs au cancer de l'œsophage, ou encore, les abcès du poumon droit consécutifs aux abcès hépatiques ou sous-phréniques.

c) Les abcès pulmonaires consécutifs à des *traumatismes thoraciques* : traumatismes de guerre par exemple (éclat d'obus, etc.), que l'on a pu observer au cours des hostilités de 1914 à 1918.

d) Les suppurations du poumon consécutives à *d'autres affections pulmonaires préexistantes* : tels les cas d'infractus suppurés, de kystes hydatiques du poumon suppurés, les formes suppuratives ou cavitaires du cancer primitif du poumon décrites à Paris par Ameuille sous le terme de cancer à forme d'abcès, à Lyon par M. le Docteur Roubier sous celui de cancer cavitaire du poumon.

e) Les *dilatations des bronches abcédées*, c'est-à-dire les abcès pulmonaires consécutifs aux dilatations bronchiques.

f) La *gangrène pulmonaire* telle que l'entendait Laënnec. Actuellement, on établit une distinction très nette entre l'affection à grand fracas, à processus sphacélique diffus, ci-dessus nommée, et « l'abcès gangréneux ou putride » d'emblée, foyer de gangrène localisée avec transformation purulente, celui-ci rentrant seul dans notre sujet.

Ces éliminations faites, il reste l'abcès pulmonaire proprement dit, abcès primitif, sinon secondaire à une pneumopathie aiguë et d'étiologie en général mal définie : c'est le seul que nous étudierons.

D'autre part, parmi les abcès primitifs tels que nous venons de les définir, il en est un certain nombre que nous ne ferons pas entrer dans notre statistique parce qu'ils n'ont été découverts qu'à l'autopsie.

C'est le cas, par exemple, des abcès pulmonaires développés au centre d'un foyer de pneumonie rapidement mortelle ; ou bien celui de petits abcès, en général multiples, constatés à l'autopsie dans certains cas de broncho-pneumonies diffuses consécutives à la grippe. C'est encore le cas de certains abcès pulmonaires corticaux ou sous-pleuraux dont la première et la seule manifestation se trouve être, par ouverture dans la plèvre, une pleurésie purulente ou un pyopneumothorax. Dans ces cas, la pleurésie seule attire l'attention, l'abcès pulmonaire passant inaperçu, du moins cliniquement, par le fait de son évolution rapide vers la cavité pleurale.

Nous ne retiendrons en somme que les observations dans lesquelles le diagnostic d'abcès du poumon a été porté cliniquement, basé sur les signes fonctionnels (toux, expectoration, vomique, etc.), sur les signes physiques et surtout sur les constatations radiologiques.

Nos observations personnelles se trouvent ainsi réduites au nombre de vingt et une ; nous allons commencer par les rapporter en détail.

Observations

OBSERVATION I

(déjà publiée in *Thèse* de Cornu, Lyon, 1929, page 48)

Diagnostic clinique : Pleurésie interlobaire gauche ouverte dans les bronches. — Intervention. — Décès.

Autopsie : Abscès du poumon situé à la partie inférieure du lobe supérieur gauche, au-dessus de la scissure.

L..., malade observé aux armées (H. C. A. 48), en 1918.

Père et mère morts de maladie indéterminée ; frère et sœurs bien portants.

Le malade n'a eu aucune maladie avant la guerre, et est évacué pour la première fois.

L'affection actuelle a débuté le 21 février 1918, à la suite d'un refroidissement.

Le malade tousse et crache beaucoup, surtout la nuit.

Le 13 mars 1918. — L'expectoration purulente, très fétide mais non gangréneuse, est abondante surtout la nuit et le matin. Le malade accuse un point de côté assez vague à gauche, en avant ; pas d'hémoptyxies.

À gauche, en arrière, au sommet, la sonorité est normale, mais dès qu'on arrive à la partie moyenne dans l'espace inter-scapulo-vertébral, on trouve une zone de submatité nette avec résistance au doigt, qui s'étend sur une hauteur de 5 à 6 travers de doigt et se prolonge, d'autre part, jusque dans la région de l'aisselle ; à la base, la sonorité redevient normale.

Les vibrations persistent, mais nettement diminuées dans le tiers moyen par comparaison avec le côté opposé.

A l'auscultation, sur toute la hauteur, on perçoit de nombreux râles de bronchite ; mais de plus, à la partie moyenne, à l'endroit de la zone submate, entre l'omoplate et la colonne vertébrale, il existe un souffle inspiratoire et expiratoire et de très nombreux râles humides dont quelques-uns ont un timbre caveux. Ces mêmes râles humides confluents, surtout nombreux après la toux, se perçoivent jusque dans la région axillaire.

En avant, la sonorité est normale, ainsi que les vibrations ; on entend des râles de bronchite, mais on ne perçoit pas le souffle et les râles notés en arrière ; il faut arriver à la ligne axillaire postérieure pour commencer à percevoir des râles plus fins et retrouver la zone de submatité.

A droite la sonorité et les vibrations sont normales ; on trouve quelques sibilances discrètes surtout nettes en avant.

Le cœur n'est nullement dévié ; la pointe est à sa place dans le 5^e espace ; les bruits sont normaux.

Pas de ganglions axillaires ni sus-claviculaires à gauche. Le malade présente un teint pâle, des pommettes rouges, un aspect fatigué ; il dit avoir maigri ; ne présente pas les « doigts hippocratiques ».

Pas de troubles digestifs.

Le 15 mars 1918. — Examen des crachats : très abondants ; flore microbienne : cocci, bâtonnets ; pas de bacilles de Koch.

Examen radioscopique du 14 mars 1918 : opacité de la partie moyenne du poumon gauche assez nettement limitée en bas, mal limitée en haut, en forme de bande transversale, avec image hydro-aérique. Projetée sur la paroi thoracique postérieure, la bande sombre transversale a sa limite supérieure au niveau de la 3^e vertèbre dorsale, sa limite inférieure au niveau de la 5^e.

Entre ces deux lignes, se trouve la zone où l'on perçoit les signes physiques anormaux : on entend très nettement le

souffle caverneux en un point assez limité situé sur une ligne transversale passant par les 5° et 6° vertèbres dorsales, et immédiatement en dedans du bord spinal de l'omoplate ; à cet endroit, on perçoit aussi de nombreux râles, et à certains moments, un retentissement cavitaire de la toux. Au sommet et à la base on ne perçoit que quelques râles de bronchite. Pas de succussion hippocratique. Dans la région axillaire latérale, et en avant, on note des râles de bronchite mêlés de quelques râles fins, mais nulle part on ne retrouve le souffle caverneux entendu en arrière.

D'après l'examen clinique, il s'agit évidemment d'une cavité suppurée ouverte dans les bronches, avec expectoration abondante et fétide, sans qu'il y ait eu, à proprement parler, de vomique. Cette cavité siège à la partie postérieure et moyenne du thorax, à gauche ; les signes cliniques se perçoivent au niveau de l'espace inter-scapulo-vertébral.

L'examen des crachats ne révèle que du pus et des éléments microbiens de toutes sortes sans lambeaux de tissu pulmonaire.

On élimine l'abcès du poumon pour penser à une pleurésie purulente enkystée vraisemblablement interlobaire puisque les signes se perçoivent sur le trajet de la scissure à sa partie postérieure. L'examen radioscopique confirme cette hypothèse en montrant une ombre opaque à direction transversale. L'hypothèse d'une pleurésie médiastine ou d'un ganglion suppuré ouvert dans les bronches est plus improbable : parce qu'il n'y a jamais eu de symptômes nets de compression du hile.

Une intervention est décidée et pratiquée le 18 mars 1918.

Opération par M. Barthélemy. — On commence d'abord par faire une ponction avec le trocart de Potain exactement au point où le souffle se perçoit le plus nettement (au niveau de la 5° dorsale, près du bord spinal de l'omoplate), cette ponction est négative, mais on a l'impression que le trocart a pénétré dans une cavité. On fait une incision transversale au

même endroit allant presque jusqu'à la colonne, on résèque la 5^e côte à partir de son articulation corto-vertébrale et sur une étendue de 7 centimètres. A ce moment, au cours de l'anesthésie, le malade présente une petite hémoptysie (due probablement à la piqure d'un vaisseau par le trocart). La plèvre pariétale est incisée, il n'y a pas d'adhérences, l'air entre dans la plèvre, le pneumothorax se produit. On constate alors que la plèvre viscérale est très épaissie, cartonnée, et à sa surface existent des dépôts de fausses membranes ; un léger débriement avec le doigt permet d'ouvrir une cavité située dans la profondeur, pleine d'un liquide purulent, extrêmement fétide. Cette cavité est du volume de 2 noix, elle est limitée du côté externe, tandis que du côté interne, elle présente un diverticule qui se dirige vers le médiastin postérieur ou plus exactement en dedans et un peu en avant vers le hile. On fait un lavage de la cavité à l'eau oxygénée et on introduit une mèche imbibée de liquide de Mincières.

Après l'opération persistance d'une fièvre continue et irrégulière et d'une expectoration abondante et fétide.

On fait une irrigation discontinue de la plaie par la méthode de Dakin.

Le malade s'est cachectisé peu à peu et est mort le 27 mars, à 17 heures.

Autopsie, le 28 mars, à 14 heures.

Après ablation du plastron sterno-costal, on constate que la cavité pleurale gauche est tapissée sur toute son étendue par des fausses membranes fibrino-purulentes assez épaisses ; par endroits, surtout en arrière près de la colonne, il existe des adhérences assez fortes, ainsi que d'autres adhérences plus lâches au niveau de la plèvre diaphragmatique et aussi de la plèvre médiastine qui adhère faiblement à la partie gauche du péricarde.

La cavité pleurale droite est absolument intacte.

Poumon gauche. — Le poumon enlevé, on reconnaît facilement l'orifice opératoire, situé sur la face postérieure à

l'union du tiers supérieur et du tiers moyen ; par cet orifice on pénètre dans une cavité du volume de deux noix environ. Sur une coupe verticale du poumon, on reconnaît que cette cavité occupe la partie inférieure du lobe supérieur juste au-dessus de la scissure interlobaire qui est symphysée et épaissie, et qu'elle est située à la partie postérieure et interne de ce lobe ; elle présente un prolongement qui se dirige en dedans et en avant vers le hile. Près de l'orifice opératoire, la paroi de la caverne est déchiquetée, un peu noirâtre, d'aspect sphacélique. Mais lorsqu'on s'éloigne de la région opératoire, la paroi plus lisse semble constituée par une véritable membrane pyogénique. Le tissu pulmonaire de voisinage est sain, à cet endroit ; on s'en rend compte également en faisant une coupe verticale du poumon, parallèle à la première, mais un peu plus antérieure, on reconnaît que le tissu pulmonaire est d'aspect normal, aussi bien au-dessus qu'au-dessous de la plèvre scissurale symphysée. Au-dessus de la cavité, on trouve au palper deux petits noyaux indurés, qui, à la coupe, sont deux petits abcès minuscules entourés d'une réaction inflammatoire. L'aspect de l'apex est normal, et on n'y voit aucune lésion, ni ancienne, ni récente, de tuberculose. Le lobe inférieur, dans son ensemble est un peu atelectasié et crépite mal ; la pression fait sourdre un peu de pus des petites bronches, sans qu'il y ait à proprement parler de nodules bronchopneumoniques, ni de foyers hépatisés. La plèvre médiastine est adhérente au péricarde et ne renferme pas de pus. Pas de ganglions hilaires appréciables. La bronche gauche disséquée sur plusieurs centimètres est d'aspect normal.

On prélève pour examen histologique :

a) Un fragment de la paroi de la caverne, recueilli à distance de l'orifice de l'opération.

b) Un fragment de l'un des deux petits abcès situés au-dessus de la caverne.

Poumon droit. — Aspect tout à fait normal. Pas de tuberculose.

Rien à signaler aux autres organes.

Examens histologiques (Professeur Paviot).

1° Paroi de la cavité pulmonaire :

Cette paroi est constituée par un épais apport de fibrine hyaline qui commence à être envahie par des capillaires et à s'organiser, en même temps qu'arrivent des cellules rondes. Au-dessous de cette paroi fibrineuse, se voit une nappe de capillaires géants qui serpentent dans un tissu par place fibroïde, par place constitué par de grosses cellules. S'éloignant de la surface de la cavité, on passe insensiblement à un tissu de pneumonie fibroïde dans lequel, par suite de l'atélectasie et de l'organisation des exsudats cellulaires, le poumon n'est plus reconnaissable que par des trainées d'antracose au voisinage des vaisseaux. Ceux-ci participent par leur endo-périartérite à l'inflammation lente, fibroïde, du tissu voisin.

2° Poumon :

De même, le fragment de poumon envoyé, atélectasié, présente une oblitération de toutes les alvéoles, le plus souvent par un processus d'organisation fibroïde du contenu alvéolaire, mais quelquefois aussi, et par nappes, par des blocs de fibrine hyalins aussi envahis par des cellules. L'atélectasie est prouvée non seulement par l'aplatissement et l'allongement toujours dans le même sens de ces blocs hyalins de fibrine partiellement organisés, mais aussi par le festonnement de la paroi pleurale que l'on retrouve sur un des bords de la coupe. Toutefois, il ne saurait s'agir là d'un fragment gangréneux, car il n'existe nulle part de bloc nécrobiosé, ni non plus de pneumonie œdémateuse, telle qu'on la retrouve au voisinage des foyers gangréneux. D'ailleurs la richesse de vascularisation permet d'écarter aussi cette hypothèse. On peut noter qu'en un point de la coupe, et à siège sous-pleural, il y a une zone en forme de coin qui apparaît telle une nappe triangulaire de petites cellules réduites au noyau, coin entouré de tous côtés par le processus de pneumonie hyperplasique, et ressemblant à un abcès miliaire en formation, mais non supprimé.

Conclusion. — Abscès du poumon, situé à la partie inférieure du lobe supérieur, au-dessus de la scissure.

Cette observation, la plus ancienne de la statistique, remonte à la guerre.

A ce moment, il était classique de porter le diagnostic de « pleurésie interlobaire » en présence d'un semblable tableau clinique (début brusque, vomique, matité suspendue, avec souffle caverneux et râles humides dans la région scissurale).

L'autopsie montre qu'il s'agissait en réalité d'un abcès intraparenchymateux situé en plein lobe supérieur, au-dessus de la scissure symphysée.

La thérapeutique des suppurations pulmonaires était encore bien incertaine à cette époque ; surtout en ce qui concerne le moment où le malade doit être confié au chirurgien.

On eut tort de faire opérer le malade un mois après le début de son affection. Aujourd'hui, on aurait gardé l'expectative plus longtemps.

Le résultat fut désastreux, le malade mourut dix jours après l'intervention, en l'espèce, une pneumotomie suivie de drainage.

OBSERVATION II

Abscès du poumon gauche consécutif à une congestion pulmonaire. Perception de signes cavitaires à la partie supérieure de l'aisselle gauche. Image radioscopique hydro-aérique le long de la ligne axillaire gauche. — Guérison spontanée.

Mme P..., 56 ans, entrée le 7 novembre 1919, pour congestion pulmonaire gauche traînante. Rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

L'affection pour laquelle la malade entre à l'hôpital a débuté, il y a un mois 1/2, par de la courbature, un point de côté gauche, de la fièvre à 40° avec frissons et herpès labial, de la toux avec expectoration sans caractère particulier. La malade reste au lit 15 jours ; à ce moment le point de côté s'atténue, la température baisse à 37,5, la dyspnée disparaît mais il persiste une lassitude générale et une expectoration assez abondante muco-purulente.

A l'examen, les signes physiques anormaux sont localisés à la région axillaire supérieure gauche.

A ce niveau : sonorité normale. A l'auscultation, souffle à timbre amphorique uniquement perçu après la toux ; retentissement cavitairé de la toux ; quelques râles humides. En avant, sous la clavicule gauche, expiration soufflante.

Examen radioscopique. — A gauche, zone d'opacité à direction oblique, partant du bord supérieur du cœur et se dirigeant vers l'aisselle ; le sommet et la base sont clairs.

Le 15 novembre. — Température à 37°5 ; expectoration muco-purulente, peu abondante, non fétide ; le point de côté a réapparu.

A l'auscultation, on perçoit nettement le souffle à timbre amphoro-métallique, avec quelques râles humides, dans la région axillaire supérieure et à la partie externe du creux sous-claviculaire.

Examen de l'expectoration. — Pas de bacilles de Koch. Le 22 novembre, haleine légèrement fétide. Expectoration de moyenne abondance, muco-purulente sans fétidité.

On perçoit toujours un souffle amphorique, avec de nombreux râles humides après la toux, et, un retentissement cavitairé de cette dernière au sommet de l'aisselle gauche et au

niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux en avant.

Examen radioscopique. — En plus de la bande d'opacité déjà notée, on voit à la partie tout externe de l'hémithorax, près de la ligne axillaire, une petite cavité avec ligne de niveau horizontale présentant le phénomène de la succussion, surmontée d'une zone très claire.

On fait une ponction exploratrice sur la ligne axillaire antérieure, au niveau du troisième espace intercostal ; l'aiguille pénètre dans une cavité pleine d'air, mais on ne retire pas de pus.

Le 13 décembre. — A un nouvel examen radioscopique, l'image hydro-aérique notée précédemment est à peine visible.

Cliniquement, c'est à peine si l'on perçoit le souffle amphorique dans les quintes de toux. La température est à 37°.

Le 17 décembre. — Un nouvel examen radioscopique montre que la poche hydroaérique ne se voit plus. C'est à peine si l'on remarque une diminution de la clarté pulmonaire à la partie tout externe de l'hémithorax gauche.

La malade ne crache plus, n'a plus de fièvre.

Le 22 décembre. — Elle part guérie.

Au mois de mai 1934. — La guérison se maintient.

Il s'agit, en résumé, d'une femme de 36 ans, chez laquelle on porta (en 1919) le diagnostic de pleurésie interlobaire gauche consécutive à une congestion pulmonaire.

Rétrospectivement, nous sommes en droit de réformer ce diagnostic, pour adopter celui d'abcès du poumon. La scène clinique, la fétidité intermittente de l'expectoration, le syndrome cavitare, la constatation

sous l'écran d'une image hydroaérique exigüe au milieu d'une zone d'opacité, nous y autorise.

La malade guérit spontanément en l'espace de deux mois.

OBSERVATION III

Abcès pulmonaire à évolution prolongée (Image hydroaérique de la base gauche sans signes d'auscultation), non influencé par le traitement médical, guéri spontanément au bout de plusieurs années.

G..., charcutier, âgé de 63 ans, entre à l'hôpital le 9 juin 1923 pour fétidité de l'haleine et de l'expectoration.

Le malade est un vieux tousseur qui dit être surtout fatigué depuis trois mois ; c'est depuis ce moment que son expectoration est devenue fétide.

Il nie la syphilis. Il est marié et a eu six enfants, tous bien portants.

Sa femme, morte accidentellement, n'a pas fait de fausse couche.

A l'âge de 20 ans, le malade eut une bronchite avec hémoptysie ; à ce moment il fut traité par de l'huile de foie de morue et une alimentation substantielle.

Actuellement, température à 37°5 ; fétidité de l'haleine surtout au moment des quintes de toux. Les crachats sont également fétides, moins que l'haleine ; ils sont mousseux, assez peu purulents ; leur abondance varie suivant les moments.

A la percussion, sonorité normale dans les deux champs pulmonaires.

A l'auscultation :

1° Du côté gauche : râles de bronchite, avec en outre, quelques râles sous-crépitaux inspiratoires assez clairsemés ; pas

de souffle nulle part. En avant : inspiration emphysémateuse humée.

2° Du côté droit : signes discrets de bronchite.

Rien au cœur.

Le 12 juin. — Examen de l'expectoration : Absence de bacilles de Koch après homogénéisation ; très nombreux micrococci-catarrrhalis et pneumocoques, rares staphylocoques. On prépare un auto-vaccin.

Le 18 juin. — L'examen radioscopique montre l'existence d'une image hydroaérique très nette à la base gauche ; en position transverse droite, cette image est située en arrière, près de la colonne.

Il existe donc une collection purulente communiquant avec les bronches. Cette collection est cliniquement muette ; on ne trouve, en effet, à la base gauche, qu'un peu d'obscurité respiratoire, quelques râles fins peu nombreux, mais pas de souffle, ni de zone de submatité.

L'expectoration persiste purulente et fétide. On commence un traitement par l'auto-vaccin préparé avec les crachats.

Le 22 juin. — Deux ponctions exploratrices après repérage sous l'écran de la cavité hydroaérique sont négatives.

Le 22 juillet. — Le traitement par les injections de l'auto-vaccin est terminé. Le malade se dit amélioré ; son expectoration est moins abondante et moins fétide. A la radioscopie : même image hydroaérique que précédemment.

Le 11 août. — Nouvel examen de crachats : pas de bacilles de Koch ; streptocoques ; pneumocoques, pneumobacilles ; micrococci catarrhalis.

On prépare un nouvel auto-vaccin.

Le 20 août. — On commence les injections du nouvel auto-vaccin.

Le 14 septembre. — Ces injections sont terminées. Le malade se dit encore amélioré ; il est apyrétique, mais il continue à cracher et son haleine est toujours un peu fétide (odeur de plâtre frais).

A l'auscultation : quelques sibilances sur toute la hauteur avec, à la base gauche, quelques râles sous-crépitaux.

Le 18 septembre. — Examen radioscopique : même image hydroaérique à la base gauche, image accolée au bord gauche de l'ombre cardiaque.

Les 18, 22 et 26 septembre, on fait trois injections de sérum antigangreneux, de 40 cmc. chacune.

A la suite de ces injections, le malade présente des accidents sériques (éruption, arthralgies).

Le 7 octobre. — On recommence un traitement par le sérum antigangreneux, après désensibilisation préalable. A la suite de ces injections, le malade est un peu amélioré, mais l'expectoration reste fétide par moments. Quant aux signes cliniques et radioscopiques, ils sont les mêmes.

Le 10 octobre 1923, le malade quitte de lui-même le service.

En septembre 1926, on revoit le malade. Il présente un bon état général, dit tousser assez peu, et crache légèrement quand il se penche en avant.

A l'auscultation, quelques râles discrets à la base gauche. La radioscopie montre toujours la même image hydroaérique à la base gauche accolée au bord ventriculaire gauche.

Le 26 juin 1933, le malade est revu, il est en parfaite santé. Son expectoration est absolument tarie depuis plusieurs années.

L'examen radioscopique est complètement négatif ; les poumons sont clairs et on ne voit plus trace de l'image hydroaérique précédemment constatée à la base gauche de 1923 à 1926.

Le 10 avril 1934. — Le sujet ne crache absolument pas ; n'est pas essoufflé. Son état général est très bon.

A l'examen pulmonaire, sonorité et murmure normaux partout. Au cœur : bruits normaux.

Examen radioscopique négatif.

L'intérêt de cette observation réside dans la gué-

ri son spontanée de cet abcès pulmonaire, et ceci au bout de plusieurs années.

Le malade, vieux tousseur, est vu pour la première fois en juin 1923 ; l'examen radioscopique révèle alors, à la base gauche, une belle image hydroaérique, située près du contour ventriculaire gauche. Cette constatation, jointe à l'existence d'une expectoration abondante, purulente et fétide, avec flore microbienne variée, fait porter le diagnostic d'abcès du poumon. Quant aux signes d'auscultation, ils sont à peu près nuls. De juin à octobre 1923, auto-vaccin et sérum antigangréneux n'amènent que des améliorations passagères. Le malade quitte alors le service.

En 1926, l'image hydroaérique persiste, avec une légère expectoration fétide.

En 1933, on revoit le malade et on est surpris de constater la disparition de tous les signes ; l'expectoration fétide s'est tarie depuis longtemps, l'état général est très satisfaisant ; quant à l'image hydroaérique, elle a complètement disparu. Il est à noter que de 1923 à 1933, le malade, sans surveillance médicale aucune, s'est « guéri tout seul ».

OBSERVATION IV

(déjà publiée par Ch. ROUHER, *Progrès Médical*,
n° 12, du 21 mars 1925)

Abcès pulmonaire gangréneux à évolution subaiguë. Image radioscopique hydroaérique à la partie supérieure du champ pulmonaire droit. Traitement par la sérothérapie antigangréneuse, puis par l'autovaccinothérapie. Guérison.

C... François, 46 ans, employé à l'O. T. L., entre à l'hôpital, le 15 avril 1924, pour toux et essoufflement.

Antécédents héréditaires : négatifs.

Personnellement, bonne santé habituelle. Le malade a séjourné aux colonies où il a contracté le paludisme. Il a fait toute la guerre sans être évacué.

L'affection actuelle a débuté il y a 10 jours par un violent point de côté à la base droite, avec frissons et élévation de la température à 40°. Un médecin appelé constate de la submatité et de l'obscurité à la base droite, avec quelques râles crépitants fins, mais pas de souffle.

A l'entrée, malade dyspnéique, toussant beaucoup et présentant une expectoration un peu rouillée.

Examen pulmonaire. — A la percussion, à droite, il existe dans la fosse sous-épineuse, une zone nette de matité suspendue ; au sommet et à la base, la sonorité est normale. A l'auscultation, à droite, râles sous-crépitaux inspiratoires assez nombreux vers la base et dans l'aisselle ; pas de souffle, au sommet, le murmure vésiculaire est diminué. En avant, sonorité normale ; on entend des râles sous-crépitaux peu nombreux depuis la clavicule jusqu'à la base.

Du côté gauche, sonorité et respiration normales.

Expectoration mousseuse légèrement teintée. Température à 39°.

Le 18 avril l'examen radioscopique montre à la partie supérieure du champ pulmonaire droit une image hydroaérique très nette ; on voit une zone opaque transversale, limitée en bas par un contour régulier, et en haut par une ligne de niveau horizontale, mobile quand on secoue le sujet.

Le malade se plaint de fréquentes quintes de toux suivies d'une expectoration mucopurulente légèrement fétide. A la percussion, on trouve toujours à droite une zone de matité franche dans la fosse sous-épineuse surmontée d'une zone sonore dans la fosse sus-épineuse. Il existe à ce niveau de l'obscurité respiratoire, sans souffle ni râles, mais on cons-

tate très nettement la succussion hippocratique, haut située. A la base et en avant quelques râles sous-crépitaux.

L'haleine du malade n'est pas fétide, mais les crachats le sont nettement.

Une ponction exploratrice faite en pleine zone mate, le long du bord interne de l'omoplate, ramène du pus fétide, dont on retire plusieurs seringues.

Le 20 avril. — Le malade passe dans le service de chirurgie. Là, on a fait plusieurs ponctions sans pouvoir retrouver la poche purulente ; aucune intervention n'a été pratiquée. Le malade a, par la suite, présenté une expectoration abondante sous forme de vomique ; depuis, l'expectoration a diminué, elle redevient à certains moments plus abondante et la température s'élève à 38,5 ou 39. Les crachats sont purulents, fétides, teintés de sang.

Le 10 mai. — A un nouvel examen radioscopique, l'image hydroaérique est moins nette, mais toute la partie supérieure du champ pulmonaire droit est irrégulièrement opaque.

A l'examen clinique, submatité suspendue dans la fosse sous-épineuse, obscurité respiratoire sans souffle, quelques râles à la fin de l'inspiration. En avant, au sommet, submatité et quelques râles inspiratoires.

L'examen bactériologique du pus a montré l'absence de bacilles de Koch après homogénéisation et l'existence d'une flore microbienne abondante constituée surtout par des anaérobies. Les cultures aérobies donnent surtout des pneumocoques. Les cultures dans le vide permettent d'identifier les anaérobies suivants : *Bacillus ramosus*, *Bacillus funduliformis*, *Staphylococcus parvulus*. On note aussi la présence dans les crachats de nombreux *Micrococcus catarrhalis* et *Staphylococcus*.

Le 12 mai. — Injection sous-cutanée de sérum antigangreneux (antiperfringens, 20 cmc., antivibron 10 cmc., anti-œdématis 10 cmc.).

Le 14 mai. — Injection de sérum semblable à la précédente. L'expectoration du malade est moins fétide ; la température est subfébrile.

A l'auscultation, au sommet droit, obscurité respiratoire sans souffle, léger retentissement de la toux un peu au-dessus de la pointe de l'omoplate. En avant obscurité respiratoire, quelques râles.

Un nouvel examen radioscopique a montré la persistance de l'image hydroaérique, mais plus difficile à voir : au-dessus d'elle, le champ pulmonaire est un peu grisailé.

Le 19 mai. — Injection de sérum antigangreneux, semblable aux 2 précédentes.

Le 22 mai accidents sériques, érythème prurigineux, purpura aux membres inférieurs.

On commence un traitement par les injections d'un auto-vaccin préparé avec les crachats du malade et contenant par cmc. :

Pneumocoques	2 milliards
Micrococcus catarrhalis	1 —
Staphylocoques	—

On pratique une injection sous la peau du dos, tous les deux jours, d'abord de 1/2, puis de 1, puis de 2 cmc.

Le 16 juin. — On a fait une série de 10 injections d'auto-vaccin. Le malade n'a pas de fièvre.

L'expectoration est à peu près nulle. L'état général est bon.

A l'auscultation, on perçoit encore quelques râles discrets dans la région sus-épineuse ; le murmure s'entend bien, la sonorité est normale. A la radioscopie, on ne voit plus d'image hydroaérique mais un léger voile vers la partie moyenne du champ pulmonaire droit.

Le malade part en très bon état.

Le 1^{er} octobre. — On revoit le sujet dont l'état est très bon, il ne tousse et ne crache pas. Rien d'anormal à l'auscultation. Examen radioscopique négatif.

Le malade est revu en janvier 1925 ; la guérison se maintient.

Le 12 avril 1934. — La guérison se maintient. Rien d'anormal à l'auscultation ; radioscopie négative.

L'affection pulmonaire du malade, en somme, a débuté brusquement, et s'accompagne de fétidité de l'haleine et de l'expectoration. On trouve à l'examen une zone de matité suspendue dans la fosse sous-épineuse droite avec, à ce niveau, obscurité du murmure et quelques râles sous-crépitaux.

L'examen radiologique montre, à la partie supérieure du champ pulmonaire droit, une belle image hydro-aérique avec ligne de niveau horizontale très mobile. Une ponction exploratrice ramène une certaine quantité de pus fétide, riche en anaérobies. En face de ce tableau clinique, on penche pour l'intervention ; cette dernière, toutefois, sera différée, le chirurgien n'ayant pas pu, au cours de nouvelles ponctions, retirer de pus.

On institue alors la sérothérapie antigangréneuse, associée à l'autovaccinothérapie, laquelle amène la guérison dans l'espace de deux mois.

OBSERVATION V

(déjà publiée par Ch. ROUHER, *Progrès Médical*,
n° 12, du 21 mars 1925)

Abcès gangreneux du poumon gauche. — Image hydroaérique à la partie moyenne du champ pulmonaire gauche. — Traitement par la sérothérapie antigangréneuse et l'autovaccinothérapie. — Guérison.

M... Jeanne, 37 ans, sans profession, entre à l'hôpital le 2 juin 1924, avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire gauche.

Antécédents. — Père mort à 65 ans, d'une maladie de cœur ; mère morte à 36 ans d'affection indéterminée ; deux frères et

une sœur en bonne santé. Mariée à 18 ans, mari et 3 enfants bien portants, un autre enfant mort à 21 mois de mén ngite tuberculeuse.

En 1918, la malade a eu une grippe sévère à forme pulmonaire avec fièvre élevée, accès de suffocation, lésion du poumon gauche, dont elle se remet très bien ; elle peut ensuite reprendre son travail. Pas d'autres maladies.

L'affection actuelle a débuté le 15 mai 1924 par un point de côté gauche gênant les mouvements de la respiration ; vers le soir, grand frisson, élévation de la température à 40 ; pas de dyspnée notable ; le même jour la toux apparaît, les crachats sont rouillés et adhérents. L'état de la malade reste stationnaire pendant 15 jours, la température est de 38,9 le matin, de 40 le soir ; l'état général s'altère, l'expectoration est fétide par moment.

A l'entrée, malade affaiblie, faciès pâle, amaigri, fièvre à oscillations, sueurs nocturnes abondantes. Pas d'hémoptysies. Haleine fétide. Expectoration abondante mousseuse, avec traînées sanguinolentes, d'odeur désagréable.

Examen pulmonaire. — A droite, sonorité normale, murmure normal.

A gauche, tympanisme au sommet ; au-dessous zone de submatité assez exiguë occupant le sommet de l'aisselle et le 2^e espace intercostal en avant. Vibrations normales. A l'auscultation : en arrière, le murmure s'entend bien sur toute la hauteur, quelques râles sous-crépitants à la partie moyenne ; en avant, le murmure est diminué et on entend dans les 2^e et 3^e espaces, après la toux, des râles présentant un timbre métallique, sans souffle amphorique net. En outre quelques sibilances, et peut-être, un plus bas, quelques frottements pleuraux.

L'affection date en somme de 15 jours environ et a eu un début brusque. L'haleine est très fétide. L'expectoration abondante, muco-purulente, l'est également. Il n'est pas douteux qu'il s'agisse d'un foyer de gangrène pulmonaire.

L'examen radioscopique montre à la partie moyenne du champ pulmonaire gauche une zone sombre avec, à sa partie supérieure une ligne de niveau horizontale mobile (image hydroaérique) ; les contours de la poche manquent de netteté.

Examen bactériologique des crachats. — Absence de bacilles de Koch après homogénéisation ; flore microbienne variée mais banale (pneumocoques très nombreux, micrococcus catarrhalis, streptocoques, staphylocoques moins nombreux). La culture dans le vide a donné les mêmes microbes (anaérobies facultatifs).

Le 4 juin, injection sous-cutanée de 60 cmc. de sérum anti-gangreneux (sérum antiperfringens, 20 cmc., sérum anti-œdématisiens 20 cmc., sérum anti-hystolitique 10 cmc., sérum antivibron 10 cmc.).

Le 5 juin, nouvelle injection de 50 cmc. de sérum (20 de sérum antiperfringens, 10 de chacun des autres).

Le 6 juin, nouvelle injection de 40 cmc. (10 cmc. de chaque sérum).

Le 7 juin, nouvelle injection de 40 cmc.

L'expectoration est toujours aussi abondante, mais est moins fétide ; il en est de même pour l'haleine.

Persistance de la fièvre entre 38 et 39. L'auscultation permet d'entendre dans la région sous-claviculaire gauche des bruits amphoriques, discrets, lointains ; pas de souffle. En arrière, râles humides peu nombreux dans les fosses sus et sous-épineuses.

Le 8 juin. — Injection de 20 cmc. de sérum antigangreneux.

Le 10 juin. — Mêmes signes d'auscultation. Un examen radioscopique montre l'existence d'une opacité assez étendue du côté gauche, surtout prononcée dans la région juxta-hilaire ; les contours du cœur ne sont pas visibles ; en un endroit, situé en dehors vers l'aisselle, on voit une image hydroaérique, avec ligne de niveau très nette oscillant dans les mouvements ; les contours de la poche aérique manquent de netteté.

Le 11 juin. — On a fait préparer, avec les crachats de la malade un auto-vaccin renfermant 3 millions de germes par cmc. On en injecte $1/2$ cmc.

Le 14 juin. — On injecte 1 cmc. d'auto-vaccin. L'haleine et l'expectoration sont moins fétides. La température persiste au-dessus de 38.

Au sommet gauche en arrière, submatité, râles humides, léger retentissement de la toux ; en avant, dans les 2° et 3° espaces, on perçoit nettement un souffle amphorique ; pas de succussion hippocratique.

A la radioscopie, même image hydroaérique que précédemment.

Le 21 juin. — On a pratiqué deux nouvelles injections de 1 cmc. $1/5$ et de 2 cmc. d'auto-vaccin. La fièvre est tombée progressivement. L'expectoration muco-purulente n'est plus fétide. A l'auscultation, on perçoit toujours en avant un souffle amphorique avec retentissement métallique de la toux.

Les 23 et 26 juin, injection de 2 cmc. d'auto-vaccin.

Le 28 juin, même injection.

A l'auscultation, on perçoit encore en avant un retentissement métallique lointain de la toux, le souffle amphorique et les râles ont disparu.

A la radioscopie, on ne voit plus d'image hydroaérique ; mais simplement un aspect grisailé du champ pulmonaire gauche à sa partie moyenne ; les contours du cœur sont redevenus visibles.

Le 1^{er} juillet. — La malade n'a plus de fièvre, ne tousse et ne crache plus ; son poids a augmenté de 2 kg. On continue les injections de l'auto-vaccin.

Le 11 juillet. — Elle part guérie.

Le 15 janvier 1925. — On revoit la malade dont l'état se maintient très bon ; elle ne tousse et ne crache pas. Les examens clinique et radioscopique sont complètement négatifs.

Le 11 avril 1934. — La malade est revue en parfait état de santé. Elle fait son ménage sans fatigue. Elle a eu récemment

une grosseesse normale. Elle ne tousse pas et ne crache pas.

A la radiocopie : poumons clairs, absolument normaux sur toute leur étendue.

Il s'agit en somme d'une malade de 37 ans, atteinte d'un abcès gangréneux du poumon gauche, dont les signes d'auscultation sont assez discrets et qui se caractérise surtout par de la fétidité de l'haleine et de l'expectoration ainsi que par une image hydro-aérique à l'examen radioscopique.

La sérothérapie antigangréneuse instituée, fit diminuer la fétidité de l'expectoration mais ne modifia pas sensiblement les signes cliniques et radioscopiques.

Un traitement par les injections d'un auto-vaccin préparé avec l'expectoration, amena la baisse de la température, la disparition de la fétidité de l'haleine et des crachats, enfin l'atténuation progressive de l'image hydro-aérique.

Guérison complète au bout de deux mois.

OBSERVATION VI

Abcès gangreneux du sommet gauche, exclusivement décelable par l'examen radioscopique. Traitement par la sérothérapie antigangreneuse et l'autovaccinothérapie. — Guérison.

M..., 39 ans, entre le 28 août 1926, pour une affection pulmonaire ayant débuté il y a un mois.

Pendant la guerre, le malade a travaillé dans une usine où l'on fabriquait de l'ypérite. Depuis 1920, il présente des poussées de bronchite et des crises asthmatiformes répétées.

L'affection actuelle a débuté au cours d'une de ces crises

par un point de côté violent avec expectoration abondante, purulente et d'une fétidité très prononcée.

Le 8 septembre 1926. — Actuellement la température est à 38° (elle était au-dessus de 39° les jours derniers). L'expectoration est abondante, muco-purulente et fétide, mais c'est surtout l'haleine qui, au moment des quintes de toux est nauséabonde.

L'examen des poumons ne révèle aucun signe anormal bien manifeste.

Il existe cependant de la submatité au sommet gauche ; par moment, on entend à ce sommet un ou deux petits râles inspiratoires, très fins, mais il n'y a pas de souffle ni de râles humides, pas plus en avant qu'en arrière.

L'examen radioscopique, par contre, a montré au niveau du tiers supérieur du poumon gauche l'existence d'une zone opaque à contour mal délimité, avec une image hydroaérique difficile à bien voir.

Le 17 septembre, on a fait au malade deux injections de sérum antigangreneux de 40 cmc. La température persiste entre 38 et 39°. L'expectoration est muco-purulente, abondante, peu fétide. Les signes d'auscultation sont toujours nuls ; au sommet gauche, le murmure s'entend normalement, et c'est à peine s'il existe de la submatité.

Examen des crachats (10 septembre) : Pas de bacilles de Koch, pas de fuso-spirilles ; éléments anaérobies assez nombreux. Préparation d'un auto-vaccin contenant (pneumobacilles 3 milliards, pneumocoques, streptocoques, staphylocoques, 350 millions de chaque).

Le 24 septembre, les injections de sérum antigangreneux ont été suivies d'accidents sériques. L'expectoration reste fétide. L'image radioscopique est inchangée.

Le 25 septembre. — On commence les injections de l'auto-vaccin ; celles-ci seront continuées de deux jours en deux jours.

Le 2 octobre. — Le malade ne tousse plus ; la fétidité a disparu ; pas de fièvre.

A la radioscopie, éclaircissement manifeste de la zone d'opacité du sommet gauche ; disparition de l'image hydro-aérique.

Le 10 novembre. — Le malade a reçu 12 injections d'auto-vaccin. L'expectoration fétide avait complètement disparu, le malade avait quitté le service et avait pu reprendre son travail lorsque de nouveau il est pris d'accès de suffocation avec point de côté à droite.

L'expectoration est abondante, mais sans caractères particuliers. A l'auscultation, quelques râles de bronchite, sans plus.

L'examen radioscopique est négatif.

Le 18 mai 1927, on revoit le malade, dont l'état est très satisfaisant ; aucun trouble fonctionnel. Poids : 75 kilos.

Au sommet gauche, on ne perçoit aucun signe anormal.

L'examen radioscopique montre deux poumons parfaitement clairs sur toute leur étendue.

Le malade a été revu en avril 1934 :

Très bonne santé.

Le malade est un ancien intoxiqué par l'ypérite, qui présente des crises asthmatiformes répétées. C'est au cours d'une de ces crises que débute l'affection pulmonaire actuelle, par un point de côté violent avec fièvre à 40° et expectoration purulente et fétide. Les signes d'auscultation sont nuls et c'est l'examen radioscopique qui fixe le diagnostic en montrant, au niveau du tiers supérieur du poumon gauche, une zone d'opacité assez irrégulière avec une image hydro-aérique difficile à bien voir.

Un traitement par le sérum antigangréneux fait diminuer la fétidité de l'haleine et de l'expectoration, alors que l'image radioscopique s'éclaire déjà. L'auto-vaccinothérapie parachève la guérison.

Le malade, revu un an plus tard, est en parfaite santé, les signes fonctionnels et physiques sont nuls, l'examen à l'écran ne révèle aucune ombre suspecte.

OBSERVATION VII

Abcès pulmonaire consécutif à une pneumonie droite. Image hydroaérique à la partie moyenne du champ pulmonaire droit, près du hile. Evolution favorable.

Mme B..., 49 ans, concierge, entre à l'hôpital le 16 janvier 1928 pour accidents pulmonaires persistants, consécutifs à une pneumonie.

Ses antécédents héréditaires et personnels sont sans intérêt.

On apprend, par l'interrogatoire, que la malade, à la suite d'une intervention pour éviscération, pratiquée à la Charité, présenta des signes de pneumonie droite avec élévation brusque de la température à 40°, point de côté violent, expectoration rouillée et hémoptoïque.

Depuis ce moment (fin novembre 1927) la fièvre persiste.

Actuellement l'expectoration est muco-purulente, fétide par moment ; l'haleine elle aussi est un peu fétide. De plus, avant son entrée à l'hôpital, la malade aurait peut-être présenté une petite vomique.

A l'examen pulmonaire :

1° A droite la sonorité n'est pas modifiée ; le murmure s'entend bien sur toute la hauteur ; dans la moitié inférieure, en arrière et dans toute la région de l'aisselle on entend un mélange de sibilances et de râles sous-crépitaux inspiratoires ; pas de souffle ni de retentissement de la toux.

2° A gauche, quelques sibilances seulement.

L'examen radioscopique a montré une opacité irrégulière de toute la moitié inférieure du champ pulmonaire droit et

vers la partie moyenne, une image hydroaérique exiguë, mais très nette ; le sommet est clair.

Le 24 janvier. — Examen des crachats : pas de bacilles de Koch ; présence de pneumocoques et de streptocoques. — Préparation d'un autovaccin.

Le 29 janvier. — L'amélioration est manifeste ; la malade n'a plus de fièvre ; les crachats purulents ont perdu leur fétidité. L'auscultation est à peu près négative à ce moment ; on entend seulement quelques râles humides à droite, en arrière, vers la partie moyenne.

Le 30 janvier. — On commence les injections de l'autovaccin ; injections qui seront continuées de deux jours en deux jours.

Le 11 février. — L'auscultation ne révèle plus que quelques râles à l'extrême base droite en arrière.

A la radioscopie : persistance à la partie moyenne du champ pulmonaire droit d'une zone d'opacité assez irrégulière, avec à sa partie supérieure, une zone plus claire, mais l'image hydroaérique a disparu. L'expectoration est tarie.

Le 18 février. — L'auscultation est négative. Pas de fièvre.

A la radioscopie, on trouve encore, à droite, une zone voilée à limites indécises, avec une partie plus claire.

La malade part en bon état.

Le 5 mai 1934. — Malade revue. Etat de santé parfait.

Il s'agit d'un abcès juxta-hilaire du poumon droit consécutif à une pneumonie, celle-ci étant elle-même survenue à la suite d'une intervention chirurgicale.

La symptomatologie clinique est discrète, les signes d'auscultation n'ont rien de caractéristique et c'est l'examen radioscopique qui permet d'établir le diagnostic, en montrant une image hydro-aérique au voisinage du hile droit.

A la suite d'un traitement par l'auto-vaccinothé-

rapie, l'évolution, au bout de deux mois et demi, s'avère très favorable.

OBSERVATION VIII

Abcès pulmonaire du lobe inférieur droit chez une malade atteinte d'hypertrophie des amygdales et de rhino-pharyngite. — Petites vomiques répétées. — Evolution par rechutes successives. — Guérison par le traitement médical.

Mme C..., 33 ans, entre à l'hôpital le 20 mars 1928, affection pulmonaire accompagnée d'expectoration fétide.

Dans les antécédents personnels de la malade, on note en 1918, une atteinte de grippe sans caractères particuliers ; en 1922 une crise de rhumatisme articulaire influencé par le traitement salicylé ; en 1924, à la suite de chagrins, un état de dépression nerveuse avec amaigrissement.

L'affection actuelle a débuté le 3 mars 1928, très brusquement, par de violents frissons avec élévation de température à 40° ; les deux jours précédents, la malade présentait une rhino-pharyngite intense (le prélèvement du mucus pharyngé n'a pas montré de germes spécifiques).

L'expectoration, sans aucune odeur au début, devient fétide le 9 mars en même temps que la malade éprouve de la dyspnée et une sensation de gêne thoracique à droite.

Le lendemain (10 mars) on institue un traitement par le sérum antigangreneux dont 200 cmc. furent injectés à la malade dans l'espace de 5 jours.

La courbe thermique oscille entre 38° et 39°5.

Le 16 mars, on fait la première injection d'un auto-vaccin (préparé avec l'expectoration) et contenant : pneumocoques, en abondance, streptocoques, pneumobacilles en quantité notable ; et bacilles perfringens.

Le 20 mars. — Les 3 premières injections de l'autovaccin

ont coïncidé avec une baisse de la courbe thermique et une amélioration des douleurs thoraciques.

La toux persiste ainsi que la fétidité de l'expectoration.

Le 24 mars. — A l'auscultation de la base droite, on perçoit un foyer de râles sous-crépitaux inspiratoires augmentés par la toux ; pas de râles caverneux ; pas de souffle. La sonorité est sensiblement normale ; quant à l'expectoration, elle est moins abondante et moins fétide que précédemment.

L'examen radioscopique a montré de nombreuses taches dans toute la moitié inférieure du champ pulmonaire droit ; le sinus costo-diaphragmatique est soudé ; on ne voit pas d'image hydroaérique.

Le 27 mars. — On note une ascension thermique à 39°, laquelle coïncide avec l'apparition d'un phlegmon péri-amygdalien ; celui-ci s'ouvre spontanément pour donner issue à un pus légèrement fétide, en même temps la fièvre tombe à 37°. On continue les injections de l'autovaccin.

Du 8 au 12 avril, ascension thermique progressive à 40°, puis chute brusque de la fièvre à la suite d'une vomique de 200 cmc. de pus sans odeur.

Les jours suivants les crachats sont abondants.

Le 20 et le 24 avril, nouvelles vomiques.

Le 28 avril. — Apyrexie complète. L'examen pulmonaire montre à la base droite en arrière, une diminution de la sonorité, avec quelques râles fins inspiratoires ; pas de souffle. Un nouvel examen radioscopique montre à la base droite une zone d'opacité à contours indécis sans image hydroaérique.

Un nouvel autovaccin est préparé (renfermant 3 milliards de pneumocoques par cmc.), et on commence à l'injecter à la malade.

Le 5 mai. — Actuellement, la malade ne crache plus ; elle est complètement apyrétique.

A la base droite, il existe un peu de rudesse et quelques sibilances.

On continue les injections de l'autovaccin.

Le 10 mai. — Etat général excellent ; apyrexie ; aucun signe fonctionnel. A la radioscopie, très léger voile de la base droite.

En février 1930. — On revoit la malade qui ne présente rien d'anormal au point de vue pulmonaire ; l'examen radioscopique est complètement négatif ; les amygdales sont toujours volumineuses, la gauche surtout ; on adresse la malade à un spécialiste O. R. L.

Le 5 mai 1934. — Malade revue. Etat de santé excellent.

Ce qu'il faut retenir de cette observation, c'est tout d'abord la notion étiologique d'angines phlegmo-neuses répétées chez une malade présentant de volumineuses amygdales.

Il convient également de noter l'évolution entrecoupée de rechutes successives avec petites vomiques répétées, chacune de ces rechutes succédant à une poussée de rhino-pharyngite.

Les signes d'auscultation indiquaient que l'abcès pulmonaire devait siéger à la base droite. C'est à cet endroit en effet que l'examen radioscopique faisait découvrir une zone d'opacité à contours indécis, sans jamais montrer d'image hydro-aérique bien nette.

La guérison survint au bout de deux mois et demi par le simple traitement médical (sérothérapie anti-gangréneuse, auto-vaccinothérapie).

OBSERVATION IX

Abcès pulmonaire occupant la partie moyenne du poumon droit, uniquement décelable par la radioscopie (image hydroaérique) et muet à l'auscultation. Echec des traitements médicaux. — Passage à la chronicité. — Mort

rapide à la suite d'une thoracoplastie pratiquée dans le service du Professeur Bérard. — Autopsie. — Abscès pulmonaire situé à la partie supérieure du lobe inférieur droit.

G..., 43 ans, entre à l'hôpital le 12 avril 1929. Dans les antécédents, à signaler seulement, en 1914, un abcès périnéo-prostatique et un abcès de la région rénale gauche, opérés dans le Service d'Urologie de l'Antiquaille.

Le début de l'affection actuelle remonte à 3 semaines ; il fut assez insidieux ; vague point de côté, fièvre à 38°, toux et expectoration d'emblée fétide.

A l'entrée, expectoration muco-purulente fétide. Le malade présente une très mauvaise dentition et dit que son affection pulmonaire est survenue quelques jours après le début d'un traitement chez son dentiste. Haleine très fétide. Température à 38°.

A l'examen clinique des poumons : sonorité normale partout à l'auscultation, diminution du murmure à la base droite ; pas de souffle, pas de râles nulle part. Malgré l'absence de signes stéthacoustiques, on pense néanmoins à un abcès gangreneux pulmonaire et on institue d'emblée un traitement par des injections quotidiennes de sérum anti-gangreneux (40 cmc.).

Le 13 avril. — Examen de l'expectoration : « Pas de bacilles de Koch ; nombreux pneumobacilles de Friedlander ; rares streptocoques ».

Préparation d'un autovaccin.

Le 13 avril. — L'examen radioscopique montra l'existence, à la partie moyenne du champ pulmonaire droit, d'une zone d'opacité à contours indécis, au milieu de laquelle on remarque une image hydroaérique très nette. Cette constatation permet de porter le diagnostic de collection purulente enkystée, probablement intraparenchymateuse. (Planche I, fig. 1).

Le 16 avril. — La sérothérapie antigangreneuse semble

avoir exercé une action favorable sur la fétidité de l'expectoration et de l'haleine ; après la toux, cependant, la fétidité réapparaît.

Un nouvel examen des crachats n'a montré ni anaérobies, ni spirilles.

On commence les injections de l'autovaccin, en continuant conjointement pendant quelques jours, la sérothérapie anti-gangreneuse.

Le 27 avril. — Le malade se dit amélioré ; pas de fièvre ; expectoration muco-purulente moins fétide. L'auscultation pulmonaire reste négative.

Le 7 mai. — On fait préparer un nouvel autovaccin (pneumocoques — streptocoques), dont on commence les injections le 11 mai. A signaler de nombreux crachats hémoptoïques ces jours derniers.

Le 28 mai. — L'amélioration paraît s'accroître ; la fièvre a disparu ; l'expectoration diminue d'abondance, elle est toujours purulente, nummulaire, mais a perdu sa fétidité.

A un nouvel examen radioscopique, on note une diminution nette de la zone d'opacité ci-dessus décrite. Quant à l'image hydro-aérique, elle se voit moins nettement.

On continue les injections de l'autovaccin.

Le 4 juin. — On perçoit quelques râles discrets dans la région sous-mamelonnaire droite.

Le 20 juin 1929. — On commence les injections d'un troisième autovaccin (préparé avec les crachats).

Le 29 juin. — L'expectoration est fétide par intermittences. Les signes d'auscultation sont nuls (pas le moindre râle de bronchite, ni à droite, ni à gauche).

En raison de la persistance des signes fonctionnels, on décide de pratiquer un pneumothorax artificiel à droite.

Le 9 juillet. — Ponction pleurale dans le troisième espace intercostal droit sur la ligne axillaire antérieure. La Pression

initiale est ——. On insuffle 300 cmc. d'azote ; pression ter-

0

— 4

minale ——.

+ 2

Le 11 juillet. — Deuxième insufflation (300 cmc.).

Le 13 juillet. — Troisième insufflation (300 cmc.), un peu douloureuse.

Le 17 juillet. — L'examen radioscopique montre un décollement minime à la base et au sommet droits ; la lésion pulmonaire (qui siège à la partie moyenne) n'est nullement comprimée, par suite de l'existence d'une adhérence à ce niveau. On suspend donc le pneumothorax qui paraît inutile, d'autant que les insufflations sont très douloureuses.

Le 3 août. — On vient de terminer un traitement émétinien (8 injections de 0 cg. 04). L'état du malade est stationnaire : pas d'amélioration nette ; l'expectoration reste fétide par moments ainsi que l'haleine. Quand à la courbe thermique, elle est très irrégulière. On a l'impression que, devant cet abcès pulmonaire passé à la chronicite, seul un traitement local peut avoir quelque influence.

Le pneumothorax déjà tenté, a dû être abandonné à cause d'adhérences ; on envisage donc l'éventualité d'un traitement chirurgical.

Le 8 août. — Un nouveau film montre la persistance, dans la région juxta hilaire droite, de l'image hydro-aérique, avec autour d'elle une plage pulmonaire peut-être un peu plus claire que précédemment. (Planche I, fig. 2).

A l'auscultation, on entend seulement quelques râles de bronchite.

Le 17 août. — L'état général est bon, mais il persiste une expectoration abondante, muco-purulente, pas très fétide ; l'haleine devient fétide après quelques quintes de toux.

A l'auscultation pulmonaire, on entend dans la région de

la pointe de l'omoplate quelques bruits fins inspiratoires très inconstants.

Le 15 septembre. — Les traitements médicaux ayant échoué, on propose au malade un traitement chirurgical qu'il accepte.

Le 22 septembre. — (Service du Professeur Bérard). — On pratique une phrénicectomie droite et une thoracoplastie extra-pleurale du même côté intéressant les 5 dernières côtes.

Le 23 septembre. — Ascension progressive de la température à 40°, dyspnée, cyanose, pouls rapide.

A la base opposée (gauche), signes d'un foyer pneumonique (souffle tubaire, râles fins inspiratoires).

Décès le 24 au matin.

Autopsie du 25 septembre 1929. — A l'ouverture du thorax, à droite il existe des adhérences localisées à la partie moyenne, assez lâches et filamenteuses en avant, plus serrées en arrière près de la colonne. Le sommet et la base sont libres d'adhérences, pas de liquide.

A gauche, pas d'adhérences, un peu de liquide hématique dans la plèvre.

Poumon droit. — En l'extrayant de la cage thoracique, on ouvre la cavité purulente. Celle-ci est située en plein parenchyme pulmonaire, au dessous de la scissure, à la partie postérieure et supérieure du lobe inférieur. L'abcès a le volume d'un petit œuf ; il contient un peu de pus fétide, ses parois sont tapissées d'une membrane pyogénique blanchâtre. Tout autour de l'abcès, le parenchyme pulmonaire est sain, en un endroit seulement il existe une zone de tissu fibreux blanchâtre. Au dessus de l'abcès, la scissure est bien visible et présente quelques adhérences lâches.

Le lobe supérieur et la base de ce poumon sont normaux.

Poumon gauche. — Vaste foyer pneumonique au stade d'hépatisation rouge, intéressant la totalité du lobe inférieur, et la plus grande partie du lobe supérieur ; seul l'apex est respecté.

Cœur et aorte, rien d'anormal à part des traces d'athérome.

Foie d'aspect normal.

Rate un peu grosse.

Reins normaux en apparence.

Examen histologique. — Les fragments envoyés sont constitués par une coque fibreuse, dense, richement vascularisée. Cette coque limite un magma nécrotique dont les éléments cellulaires ne sont plus reconnaissables. On trouve très peu d'éléments inflammatoires, et en particulier pas de polynucléaires. Au voisinage de la coque fibreuse se rencontrent des traînées plasmocytaires. Il existe un assez grand nombre de cavités à épithélium cubique, en sorte que, par le seul examen histologique, il serait très difficile de dire s'il s'agit de transformation du parenchyme au voisinage d'une très vieille collection suppurée, ou si l'on se trouve en présence d'une formation gommeuse de date ancienne (?).

En somme, abcès pulmonaire, apparu assez insidieusement chez un homme de 43 ans, peu après le début d'un traitement dentaire.

L'auscultation pulmonaire est incapable de préciser le siège exact de la collection purulente, que l'examen radioscopique montre située à la partie moyenne du champ pulmonaire droit, sous forme d'une image hydro-aérique très nette et absolument invariable sur tous les films.

De nombreux traitements médicaux sont entrepris sans succès (sérothérapie antigangréneuse, auto-vaccinothérapie, émétine, etc.). Une tentative de pneumothorax artificiel reste également sans résultat en raison d'adhérences.

L'abcès passant à la chronicité, une intervention chirurgicale est décidée, six mois après le début de

l'affection. Le lendemain de cette intervention (phrénicectomie et thoracoplastie basse), le malade meurt d'une pneumonie du côté opposé.

OBSERVATION X

(Déjà publiée par MM. Roubier, P. Froment et Plauchu, à la Société des Sciences Médicales de Lyon (séance du 7 janvier 1931).

Vaste cavité purulente intrapulmonaire occupant la totalité du lobe supérieur gauche chez un diabétique. — Mort rapide.

Il s'agit d'un homme de 67 ans, entré salle Lesieur, le 19 septembre 1930. C'est un sujet pléthorique qui a toujours joui d'une excellente santé. Peintre-plâtrier, il a exercé son métier jusqu'à ces temps derniers. Marié, il a deux enfants en bonne santé. Il avoue un éthylisme prononcé (3 à 4 litres de vin par jour).

L'affection actuelle remonterait à un mois et demi environ. A ce moment, le malade éprouve de la fatigue, se lève souvent la nuit pour boire ; un médecin consulté lui trouve du sucre dans les urines et le met au régime.

Il y a six jours, nouvel épisode ; le malade présente de la somnolence, se plaint de douleurs abdominales et de vomissements ; il est constipé, a perdu l'appétit, tousse et crache quelque peu.

Un interrogatoire plus poussé est difficile, le malade répondant très mal ; il semble, à en juger par les signes fonctionnels, que le diabète soit récent.

A l'examen de l'abdomen, pannicule adipeux très développé, pas d'ascite ; pas de gros foie ni de grosse rate.

Le cœur est tachy-arythmique ; aucun signe de lésions valvulaires ; tension artérielle 10/6,5.

Les réflexes rotuliens sont absents ; les pupilles sont égales et réagissent aux deux modes.

Aux poumons : 1° à droite, rien d'anormal ; 2° à gauche, au sommet, en arrière et en avant, quelques râles sous-crépitaux inspiratoires.

La courbe thermique est aux environs de 38°2.

L'examen des urines montre : traces d'albumine ; sucre 16 grammes par litre, 19 gr. 20 par vingt-quatre heures ; urée 22 gr. 7 par litre, 27 gr. 23 par vingt-quatre heures ; présence d'acétone, pas d'acide diacétique, présence de pigments et de sels biliaires ; coefficient de Maillard : 6,7.

En résumé, il s'agit d'un diabétique, dont le diabète est apparemment récent, chez lequel le taux de la glycosurie n'a rien d'excessif et qui présente de l'obnubilation intellectuelle et du délire nocturne ; dans les urines on trouve un peu d'acétone. L'examen pulmonaire révèle des signes nets au sommet gauche (foyer de râles sous-crépitaux inspiratoires dans la région sous-claviculaire) ; peut-être s'agit-il d'un début de bacillose, d'autant plus que le malade présente de la fièvre (38° — 38°5) et une expectoration sanguinolente.

Le 23 septembre. — Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Le 24 septembre. — L'examen radioscopique montre à gauche une zone d'opacité étendue, occupant toute la partie moyenne ; cette zone opaque, de forme vaguement triangulaire et à contour inférieur assez arrondi, n'est pas absolument homogène et renferme en son milieu des parties plus claires.

Le 26 septembre. — Examen du sang : réserve alcaline du plasma = 84 ; taux de la glycémie = 2 gr. 95 %.

Le 27 septembre. — Le malade présente une expectoration d'aspect chocolat, très peu fétide.

Une ponction exploratrice pratiquée profondément dans la région axillaire est négative.

Le 29 septembre. — Nouvel examen de crachats : pas de bacilles de Koch.

L'examen clinique révèle, du côté gauche, quelques râles fins sous la clavicule et aussi dans la fosse sous-épineuse ; à ce niveau l'expiration est soufflante.

Une deuxième radiographie montre l'existence d'une vaste cavité hydro-aérique occupant toute la partie supérieure du champ pulmonaire gauche ; la zone inférieure opaque barre transversalement tout l'hémithorax, son contour inférieur est sensiblement rectiligne, sa partie supérieure horizontale ; la zone supérieure ou gazeuse est limitée en dedans par un bord vertical.

Le 30 septembre. — Examen laryngoscopique : pas de lésions des cordes vocales.

Dans la soirée du 30 septembre, le malade est pris de grands frissons avec tremblement et ascension thermique à 40°.

Il meurt le 1^{er} octobre au matin.

Autopsie (2 octobre 1930). — A l'ouverture, adhérences pleurales très serrées sur toute la hauteur du côté gauche ; à droite, pas d'adhérences.

Poumon gauche. — Tout le lobe supérieur est transformé en une vaste cavité, allant en bas jusqu'à la scissure dont les deux feuillets symphysés sont bien reconnaissables. Cette immense cavité contient une bouillie puriforme grisâtre, non fétide ; on y voit aussi de nombreux ponts ou lambeaux de tissu pulmonaire reconnaissable et ayant l'aspect de l'hépatisation grise. Les parois de cette cavité géante répondent à la plèvre viscérale épaissie, et on y reconnaît à plusieurs endroits l'existence d'une membrane pyogénique blanchâtre.

Nulle part on ne voit de lésions tuberculeuses.

Il s'agit vraisemblablement d'une pneumonie lobaire ayant abouti à la transformation purulente et à la nécrose ; on ne peut penser à la gangrène en raison de l'absence de fétidité.

La lésion est strictement localisée au lobe supérieur ; le lobe inférieur est normal.

Poumon droit. — Emphysème de la languette antérieure : aucune lésion tuberculeuse.

Cœur pas très gros (450 grammes) ; pas de lésions orificielles ; traces d'athérome sur l'aorte.

Foie gros (2.200 grammes), jaunâtre, un peu dur.

Pancréas, rate, reins, rien d'anormal en apparence.

Les examens histologiques, pratiqués au Laboratoire d'Anatomie pathologique de la Faculté, ont porté sur :

a) Les lambeaux de tissu pulmonaire ;

b) Les parois de la poche purulente.

L'examen des fragments de tissu pulmonaire révèle l'existence d'une alvéolite à quatre stades ; sur la même plage on voit des alvéoles remplies uniquement par de la fibrine, d'autres où il y a à la fois fibrine et globules blancs, d'autres remplies seulement par des polynucléaires, d'autres enfin contenant de grandes cellules vacuolaires.

De plus on trouve beaucoup de bronches de divers calibres remplies d'exsudats, et en un endroit une grande plage arrondie pleine de pus qui est certainement une bronchiole sans cartilage dont l'épithélium a desquamé.

Il existe enfin des lésions d'artérite oblitérante des artérioles pulmonaires.

En somme, aspect de broncho-pneumonie suppurative.

L'examen des parois de la cavité purulente montre que l'affection est déjà ancienne ; on y voit un tissu fibreux organisé, dont les parties superficielles sont en voie de nécrose ; c'est une paroi d'abcès pulmonaire.

En somme, il s'agit certainement d'un abcès du poumon avec lésions de broncho-pneumonie suppurative.

Il s'agit en somme d'un diabétique atteint d'une affection pulmonaire dont le début ne peut être précisé exactement ; on n'a pas la notion dans son histoire, d'un point de côté bien net à gauche ; l'interrogatoire du malade est, il est vrai difficile en raison de son état d'obnubilation. La dyspnée n'est pas très

intense, l'expectoration continuellement sanguinolente, la courbe thermique aux environs de 38°5. L'auscultation pulmonaire révèle l'existence d'un foyer de râles fins au sommet gauche, et la radioscopie montre une zone opaque de forme vaguement triangulaire à base axillaire. On pense alors à une pneumonie bâtarde chez un diabétique, ou bien à un foyer pneumonique tuberculeux. Deux examens bactériologiques des crachats restent négatifs. Quelques jours plus tard, les signes physiques s'accusent, les râles deviennent plus nombreux et un nouvel examen radioscopique montre l'apparition d'une belle image hydro-aérique à la partie supérieure du champ pulmonaire gauche (zone sombre transversale barrant l'hémi-thorax, avec au-dessus d'elle une zone claire limitée à sa partie interne par une ligne verticale ; la limite supérieure de la zone opaque est horizontale et mobile, ligne de niveau).

Dès lors on pense à une suppuration pleurale ou pulmonaire bien qu'une ponction exploratrice pratiquée à la partie supérieure de l'aisselle et après repérage à l'écran, soit restée négative.

L'état trop grave du malade qui se trouvait en imminence de coma diabétique constituait une contre-indication opératoire absolue.

L'autopsie vint montrer qu'il s'agissait d'une vaste cavité purulente intrapulmonaire occupant la totalité du lobe supérieur gauche.

OBSERVATION XI

Volumineux abcès du poumon gauche consécutif à une pneumonie. Belle image hydro-aérique à la partie moyenne du champ pulmonaire gauche.

K..., 30 ans, manœuvre, entre à la salle Ch. Lesieur, le 28 octobre 1930.

Antécédents impossibles à préciser.

L'affection actuelle a débuté il y a trois jours par un point de côté à gauche et une ascension thermique au-dessus de 39° ; l'expectoration est rouillée et rappelle celle de la pneumonie.

A l'auscultation pulmonaire, il existe une bronchite diffuse intense plus prononcée à gauche qu'à droite ; de plus, à la base gauche, on entend quelques râles humides peu nombreux.

A la radioscopie, et sur le film radiographique, on constate, à la partie moyenne du champ pulmonaire gauche, une zone d'opacité, de forme vaguement triangulaire, avec, en son centre, une partie plus claire. (Planche I, fig. 3).

Examen des crachats : « Pas de bacilles de Koch ; pas d'amibes ; flore microbienne constituée par des cocci en amas et des pneumocoques ».

Le 4 novembre. — L'expectoration présente un aspect briqueté. A l'auscultation pulmonaire, on ne perçoit du côté gauche ni souffle ni râles fins, mais seulement quelques râles de bronchite.

Le 6 novembre. — Un nouvel examen radiologique montre une vaste image hydro-aérique occupant toute la partie moyenne du champ pulmonaire gauche. Le niveau horizontal est très mobile ; la poche gazeuse est limitée en haut par un contour arrondi, très net ; la partie liquidienne est limitée également en bas par un contour régulièrement arrondi. (Planche I, fig. 4).

A l'auscultation : on perçoit des râles de bronchite diffuse avec peut-être, quelques râles plus fins à la partie moyenne du poumon gauche en arrière ; pas de souffle ; pas de succussion hippocratique.

Le 8 novembre. — La courbe thermique est descendue à 38°. On entend aujourd'hui à la partie supérieure de l'ais-

selle gauche quelques râles lointains à résonnance métallique, variables d'ailleurs avec le moment de l'auscultation et accompagnés d'un léger souffle expiratoire lointain. A ce niveau, on constate à la percussion une zone exiguë de tympanisme. Pas de succussion hyppocratique ; les crachats ont un aspect chocolat et ne sont pas fétides.

Le 13 novembre 1930. — La courbe thermique a baissé progressivement et atteint 37°. Le malade qui se croit guéri veut quitter le service.

Le malade n'a pas été revu depuis.

Il s'agit d'un vaste abcès du poumon gauche consécutif à une pneumonie.

Le début brusque de la maladie est bien celui d'une pneumonie.

Un premier examen radiologique montre, à la partie moyenne du champ pulmonaire gauche, une image triangulaire à base axillaire, avec une zone claire centrale, indiquant déjà un début d'excavation.

Un deuxième examen à l'écran, huit jours plus tard, permet de découvrir, à la place, une belle image hydro-aérique qui fait porter le diagnostic d'abcès du poumon.

Le départ inopiné du malade ne permet pas de juger de l'évolution de cette affection.

OBSERVATION XII

Abcès pulmonaire, situé à la partie moyenne du poumon droit, muet cliniquement, découvert à la radioscopie (image hydro-aérique). — Guérison au bout de un mois et demi par le seul traitement médical.

Mme G..., 29 ans, est envoyée à l'hôpital le 29 septembre

1931, pour bronchite et emphysème. Rien à signaler, dans ses antécédents héréditaires. Personnellement la malade est mariée, a deux enfants bien portants et n'a pas eu de fausse couche.

En juillet 1930, elle présente une bronchite subaiguë avec état subfébrile persistant pendant deux mois ; à la suite de cette affection s'installent des crises répétées de dyspnée paroxystique surtout nocturnes.

En juin 1931, nouvelle poussée de bronchite avec fièvre de 39°-40° et crises asthmatiformes fréquentes. En quelques jours les crises s'atténuent et la malade part à la campagne. Elle en revient le 29 septembre, présentant une nouvelle poussée bronchitique avec crises d'asthme.

A l'entrée : température 37°8. Pas de dyspnée notable. A l'examen pulmonaire : sonorité normale.

A l'auscultation :

1° A droite : signes de bronchite diffuse (ronchus et sibilances sur toute la hauteur).

2° A gauche : murmure normal.

Au cœur : pointe dans le cinquième espace, bruits nor-

9,5

maux. Tension artérielle ——. Ni sucre, ni albumine dans

7

les urines.

La malade se plaint en outre de coryzas fréquents ; elle ne présente pas actuellement de signe d'obstruction nasale.

Le 3 octobre. — L'examen radioscopique, puis radiographique a permis de découvrir à la partie moyenne du champ pulmonaire droit une image assez curieuse qui paraît bien être hydro-aérique. La limite supérieure de la zone gazeuse n'est pas d'une très grande netteté ; par contre, celle de la zone liquidienne semble bien être horizontale, mais elle est peu mobile dans le mouvement d'inclinaison latérale du tronc. (Planche II, fig. 1).

A cette image radiologique ne correspond à l'auscultation

aucun signe particulier. On entend seulement quelques râles de bronchite sur toute la hauteur du poumon droit.

Il est à noter que la malade eut, paraît-il, il y a huit jours un point de côté dans la région sous-mamelonnaire droite.

L'expectoration est banale. Sans fétidité. L'haleine n'est nullement fétide.

Le 5 octobre. — La température monte à 39°. Aucun signe nouveau à l'auscultation.

Le 9 octobre. — La température est retombée à 38°. A l'auscultation, on entend aujourd'hui pour la première fois, à droite en arrière, dans la fosse sous-épineuse, un foyer de râles humides inspiratoires, augmentés par la toux. A ce niveau, l'expiration est soufflante. Expectoration muco-purulente banale.

Le 11 octobre. — Résultat de l'examen des crachats : « pas de bacilles de Koch, après homogénéisation. Présence de nombreux streptocoques avec quelques pneumocoques ».

Préparation d'un autovaccin renfermant (3 milliards de streptocoques pour un milliard de pneumocoques par cmc.).

En présence de cette symptomatologie on doit porter le diagnostic d'abcès du poumon droit. Celui-ci se traduit avant tout à la radioscopie par une image hydro-aérique suspendue au milieu du champ pulmonaire droit.

Quant aux signes d'auscultation, ils sont discrets : on entend seulement quelques râles inspiratoires dans la fosse sous-épineuse, mais pas de souffle, pas de signes cavitaires.

La courbe thermique est retombée peu à peu aux environs de la normale. L'expectoration est presque nulle actuellement.

Le 13 octobre. — On commence les injections de l'autovaccin (une fois tous les deux jours).

Le 16 octobre. — On note une amélioration nette ; la malade tousse beaucoup moins ; la température est normale.

Le foyer des râles fins que l'on avait entendu dans la fosse sous-épineuse droite ne se perçoit plus aujourd'hui.

Un nouvel examen radioscopique, puis radiographique,

montre que l'image hydro-aérique est beaucoup moins nette que précédemment ; ce que l'on voit surtout c'est un petit triangle d'opacité à base axillaire localisée à la partie moyenne du champ pulmonaire droit. (Planche II, fig. 2). On continue le traitement par les injections de l'autovaccin.

Le 21^e octobre. — Légère ascension thermique à 38°.

Sur un nouveau film l'image hydro-aérique est à peine visible.

Le 6 novembre. — Le traitement par l'autovaccin est terminé. La malade n'a plus de fièvre, ne tousse et ne crache absolument plus et présente un bon état général.

L'auscultation pulmonaire ne montre rien d'anormal.

Le 8 novembre 1931. — Guérison clinique et radioscopique. Sur un 4^e film on ne voit plus qu'une petite tache exigüe à la place de l'image hydro-aérique. (Planche II, fig. 4).

La malade a été revue en janvier, février et septembre 1932. Elle ne présente aucun trouble fonctionnel, et son état général est parfait. Un examen radioscopique pratiqué chaque fois est demeuré complètement négatif.

Au mois de mars 1934. — On reçoit des nouvelles de la malade. Elle est en très bonne santé.

Nous voici en face d'un abcès pulmonaire, complètement muet cliniquement. La malade, atteinte depuis plusieurs années de crises dyspnéiques à type asthmatoïdiforme, vient à l'hôpital pour une poussée de bronchite aiguë ; l'auscultation fait entendre des sibilances, l'expectoration est tout à fait banale, et c'est l'examen radioscopique qui, en montrant une image hydro-aérique au milieu du champ pulmonaire droit, fait apparaître la véritable nature de l'affection.

Cet abcès pulmonaire guérit en un mois et demi par le seul traitement médical (auto-vaccinothérapie).

Sur les films en série, il est facile de suivre la ré-

gression progressive, puis la disparition complète de l'image hydro-aérique.

OBSERVATION XIII

Abcès pulmonaire siégeant dans la région juxta-hilaire droite (image hydro-aérique), à symptomatologie initiale pseudo-pleurétique. — Ponction exploratrice positive après repérage sous l'écran. — Amélioration progressive, puis guérison complète en moins de deux mois, par le seul traitement médical.

L..., 36 ans, entre à l'hôpital le 5 novembre 1931. La maladie a débuté le 15 octobre par des frissons, des vomissements et un violent point de côté droit ; la courbe thermique se maintient pendant quelques jours aux environs de 39°5.

Le neuvième jour, la défervescence attendue ne se produit pas ; la fièvre et les signes fonctionnels persistent.

Le 6 novembre 1931. — Il s'agit d'un malade qui, à la suite d'une affection pulmonaire aiguë de la base droite, présente actuellement à cette base des signes d'épanchement (ou de pseudo-épanchement) caractérisés par de la matité du tiers inférieur, avec abolition des vibrations et souffle expiratoire doux et voilé, sans râles. Il est à noter que la matité ne tourne pas dans l'aisselle et qu'elle n'existe pas en avant.

Du côté gauche, rien d'anormal.

Rien à signaler aux autres appareils.

Une ponction exploratrice pratiquée à la base droite ne ramène que quelques gouttes de sang.

Les crachats sont muco-purulents sans fétidité.

Le 10 novembre. — Examen de l'expectoration : « Pas de bacille de Koch ; pneumocoques à l'état pur ». Préparation d'un autovaccin.

Examen radioscopique puis radiographique : on voit net-

tement une image hydro-aérique située dans la région juxta-hilaire droite ; la ligne de niveau est parfaitement horizontale et mobile ; la poche gazeuse est nettement visible avec un contour très régulier. (Planche III, fig. 1).

Cette image hydro-aérique se trouve située à la partie toute supérieure d'une zone d'opacité occupant la région inféro-interne de l'hémithorax droit, alors que la région juxta-hilaire a conservé sa clarté normale. Ce n'est pas du tout l'image d'un pyopneumothorax de la grande cavité, mais celle d'un abcès du poumon ou d'une pleurésie interlobaire.

Le 13 novembre. — Les signes physiques se sont un peu modifiés. Il y a toujours de la matité franche en arrière avec abolition des vibrations, mais de plus, on entend un souffle amphorique très net dans toute la zone mate. La température a baissé et la courbe se tient actuellement à 38°.

L'expectoration est assez abondante, muco-purulente, non fétide. Il s'agit donc d'une collection suppurée, non gangreneuse, très vraisemblablement intra-parenchymateuse, et ouverte dans les bronches.

Le 14 novembre 1931. — Le souffle amphorique est beaucoup moins net ; on l'entend faiblement à la partie moyenne de l'hémithorax en arrière ; en avant, il n'y a pas de signes anormaux.

La ponction exploratrice est pratiquée (après repérage sous l'écran), un peu au-dessus de l'angle de l'omoplate et à trois centimètres de la colonne ; elle permet de retirer un pus franc (70 cmc. environ).

L'examen de ce pus montre des pneumocoques à l'état pur.

Le 17 novembre. — La première injection de l'autovaccin préparé avec les crachats (14 novembre) a élevé passagèrement la température.

Le 23 novembre. — On constate une amélioration assez nette ; la température baisse ; elle est actuellement au-dessous de 38°.

L'expectoration est toujours abondante, muco-purulente (un crachoir par jour) ; elle n'est pas fétide. Les signes physiques se sont un peu amendés ; il y a toujours de la submatité dans la moitié inférieure, en arrière, mais l'obscurité est moins prononcée et l'on entend le murmure quoique faiblement ; le souffle amphorique qu'on avait noté précédemment, ne se perçoit plus.

Sur un nouveau film, on constate que la zone d'opacité à la base droite s'est un peu éclaircie surtout à sa partie externe ; à la partie supérieure de cette zone opaque, on voit toujours l'image hydro-aérique ; la poche gazeuse paraît plus grande, ce qui fait supposer une diminution de la quantité du liquide. (Planche III, fig. 2).

On continue le traitement par l'autovaccin.

Le 3 décembre. — Sur un troisième film, persistance de l'image hydro-aérique, avec contour arciforme très net de la poche gazeuse ; l'opacité pulmonaire avoisinante est moins prononcée que sur les films précédents.

L'expectoration a diminué depuis deux jours.

Le 5 décembre. — La courbe thermique retombe lentement à la normale ; l'expectoration n'est plus que d'un demi-crachoir environ par jour.

A l'auscultation, on note seulement une diminution du murmure à la base droite par rapport à l'autre côté.

Le 9 décembre. — A un nouvel examen radioscopique, la zone d'opacité de la base droite a fait place à un simple voile, à la partie supérieure duquel on voit une image annulaire à contours peu nets ; l'image hydro-aérique a disparu. (Planche III, fig. 3).

Le 10 décembre. — Sur un quatrième film, l'opacité a considérablement diminué. L'image hydro-aérique n'est plus visible ; on voit seulement une zone très claire, vaguement arrondie, au milieu d'une zone voilée. (Planche III, fig. 4).

Le 20 décembre. — Le malade ne crache à peu près plus ; température à 37°2 ; bon état général.

Les signes d'auscultation sont à peu près nuls actuellement ; on note seulement une diminution du murmure dans la moitié inférieure droite de l'hémithorax droit.

Le 11 avril 1934. — On revoit le malade qui est en parfait état de santé (poids 66 kgs.). Il exerce le métier de représentant de commerce sans aucune fatigue. Il ne tousse et ne crache pas. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est normal sur toute l'étendue des deux poumons.

L'examen radioscopique montre simplement une accentuation de l'ombre hilare droite, avec un comblement du fond du sinus costo-diaphragmatique droit.

Le début brusque de la maladie rappelait tout à fait celui d'une pneumonie, mais, par la suite, la défervescence attendue ne s'est pas produite. Les signes physiques, à vrai dire, n'étaient pas ceux d'un foyer d'hépatisation ; c'étaient plutôt des symptômes pseudo-pleurétiques de la base droite. Bientôt l'apparition de bruits amphoriques, les caractères de l'expectoration qui, abondante et purulente, n'était pourtant pas fétide, la constatation à l'écran d'une belle image hydro-aérique dans la région hilare droite, enfin le résultat positif de la ponction exploratrice après repérage radiologique, permirent de porter d'une façon ferme le diagnostic d'abcès du poumon.

La guérison survint spontanément en moins de deux mois par le seul traitement médical (auto-vaccinothérapie).

Les films en série montrent bien la régression progressive de la cavité purulente qui finit par disparaître complètement.

OBSERVATION XIV

Abcès du poumon droit (région sus-diaphragmatique), à longue évolution (6 mois), entrecoupée de rechutes successives. — Guérison par le seul traitement médical.

Mme D..., âgée de 56 ans, est adressée le 12 janvier 1932, par le Docteur Burdet, du Bois-d'Oingt.

En 1928, la malade a présenté une grippe infectieuse ; en 1929, elle fait un séjour à Vichy pour affection de la vésicule ; en juillet 1931, elle est atteinte d'une sinusite consécutive à une extraction dentaire. Mais, en somme, son état reste assez bon jusqu'à fin août 1931. A ce moment, la malade présente une affection pulmonaire aiguë droite ; le Docteur Burdet pense à une pneumonie, mais ne trouve pas les signes caractéristiques.

Le 8 septembre 1931, brusquement survient une vomique d'un demi-litre de pus peu fétide ; à la suite, amélioration, chute brusque de la température (de 39°5 à 37°).

Puis la malade présente des rechutes successives, des poussées fébriles de durée variables (quelques jours), dans l'intervalle desquelles persiste un état subfébrile à 37°8. Au moment de ces poussées fébriles, l'expectoration est assez abondante (1/2 crachoir par jour), purulente, pas ou peu fétide.

La malade a maigri de 3 kilos (poids actuel : 71 kilos au lieu de 74).

Une série de six injections de 0,04 d'émétine n'amène pas d'amélioration.

En outre, elle a présenté une petite hémoptysie vers le 1^{er} décembre.

Deux analyses de crachats ont été faites :

1° La première, le 9 novembre : « Pneumocoques encapsulés ; quelques streptocoques et tétragènes ; pas de bacilles de Koch ».

2° La deuxième, le 23 novembre : « Pneumocoques ; pas de bacilles de Koch ».

Le 12 janvier 1932. — La malade entre à la clinique Sainte-Thérèse.

Le 13 janvier. — Elle présente une petite hémoptysie.

A l'examen clinique :

1° A gauche, sonorité et murmures normaux.

2° A droite, en arrière, rien d'anormal ; en avant, dans le quatrième espace intercostal, zone de submatité, avec, à l'auscultation, quelques râles fins inspiratoires après la toux, mais pas de souffle net.

A l'examen radioscopique, on constate une zone exiguë d'opacité, dans la région sus-diaphragmatique droite, avec, en un endroit, une petite ligne de niveau horizontale mobile. Le diaphragme, de ce côté, est peu mobile. Rien d'anormal par ailleurs.

Sur le film : l'image hydro-aérique est invisible ou du moins peu nette.

La ponction exploratrice pratiquée en avant, dans le quatrième espace, a été négative à trois reprises.

Le 16 janvier. — Examen de l'expectoration : « Pas de bacilles de Koch ; streptocoques ; staphylocoques ; rares pneumocoques et tétragènes ». Préparation d'un autovaccin.

On commence un traitement par les injections sous-cutanées de l'autovaccin ; on lui associe le drainage de posture et les désinfectants bronchiques par voie buccale (eucalyptine, etc...).

La malade part chez elle.

Rapidement une amélioration survient : les petites vomiques s'espacent peu à peu et se réduisent à quelques crachats purulents à intervalles éloignés.

Le 15 mars 1934. — Grâce à l'obligeance du Docteur Burdet, on peut avoir des nouvelles de la malade, qui est actuellement en excellent état et ne se plaint de rien.

Il s'agit d'un abcès pulmonaire, siégeant dans la région sus-diaphragmatique droite, et dont l'évolu-

tion relativement longue (six mois) fut entrecoupée de rechutes successives, caractérisées par l'ascension thermique et la recrudescence de l'expectoration, et séparées les unes des autres par des périodes d'accalmie relative. Les signes d'auscultation sont discrets et uniquement perceptibles à droite, en avant, dans le quatrième espace intercostal; l'examen à l'écran montre un voile de la base droite avec une image hydro-aérique douteuse.

Le traitement médical fut seul institué, alors qu'on aurait pu, suivant les données thérapeutiques actuelles, recourir à l'intervention chirurgicale. L'auto-vaccinothérapie, le drainage de posture, les désinfectants bronchiques firent peu à peu rétrocéder l'affection.

Actuellement, santé parfaite.

OBSERVATION XV

Abcès du poumon droit (partie moyenne). — Image hydro-aérique dans la région justu-hilaire. — Pyopneumothorax total consécutif. — Pleurotomie. — Amélioration.

D..., 33 ans, ouvrier, entre à l'hôpital le 14 juin 1932, pour bronchite et troubles de l'état général.

Antécédents héréditaires et collatéraux sans intérêt. Personnellement le malade est marié, sa femme est bien portante, et a deux enfants vivants. Il nie l'éthylisme et la syphilis.

L'affection actuelle a débuté il y a un mois et demi par des symptômes rappelant ceux de la bacillose au début : anorexie, faiblesse générale, amaigrissement, légère dyspnée, toux et expectoration sans caractères spéciaux.

A l'entrée. — Température à 38°.

Expectoration purulente assez abondante.

A l'examen pulmonaire :

1° A droite, en arrière, dans la région moyenne de l'hémithorax, on entend quelques râles humides inspiratoires augmentés par la toux ; en avant, on ne perçoit que quelques sibilances.

2° A gauche, rien à signaler.

A l'examen radioscopique, assez nombreuses taches dans toute la région juxta-hilaire droite.

11

Au cœur, rien d'anormal. Tension —.

6,5

Abdomen souple, foie un peu gros.

Réflexes pupillaires et tendineux normaux.

Ni sucre ni albumine dans les urines.

Le 16 juin. — Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Le 21 juin. — L'expectoration devient un peu fétide.

A l'auscultation, en arrière et à droite, vers la partie moyenne, obscurité respiratoire avec quelques râles fins peu nombreux.

Le 22 juin. — Un examen radioscopique puis radiographique montre l'existence d'une belle image hydro-aérique dans la région juxta-hilaire droite. Il s'agit certainement d'un abcès du poumon ouvert dans les bronches.

Les signes cliniques sont discrets ; simplement quelques râles à la partie moyenne de l'hémithorax droit en arrière.

La courbe thermique paraît en décroissance.

Le 24 juin. — Examen de l'expectoration : « Pas de bacilles de Koch ; nombreux pneumocoques et streptocoques ; rares pneumobacilles ; pas d'amibes, et pas de spirochètes ».

Préparation d'un autovaccin comprenant : (pneumocoques, streptocoques : 2 milliards ; pneumobacilles : 1 milliard).

Le 27 juin. — Le malade a ressenti, il y a trois jours, un point de côté violent à la base droite.

A l'examen, à droite en arrière : submatité et obscurité respiratoire à la base ; souffle amphorique assez intense sur toute la hauteur ; succussion hippocratique nettement perceptible. En avant, tympanisme et obscurité respiratoire. A signaler en outre un léger œdème de la paroi thoracique du côté droit.

La pointe du cœur est déviée en dehors de la ligne mamelonnaire gauche.

En somme : signes de pyopneumothorax droit.

L'examen radioscopique montre une image de pyopneumothorax à étages. On trouve un premier niveau liquide, à mi-hauteur, avec au-dessous de lui, une zone transversale d'opacité et au-dessous de cette dernière, juste au-dessus du diaphragme un deuxième niveau liquide.

Le 30 juin. — Température à 39°.

A l'examen, matité franche à la base droite, avec souffle expiratoire à caractère amphorique. La succussion hippocratique, peu nette en arrière, se perçoit franchement en avant dans la région mamelonnaire.

On pratique une ponction exploratrice en arrière au-dessous de la pointe de l'omoplate ; on retire difficilement une petite quantité de liquide purulent très fétide.

Examen du pus pleural : « nombreux polynucléaires pyoïdes ; nombreux streptocoques ». On prépare un autovaccin renfermant (4 milliards de streptocoques par cmc.).

Le 1^{er} juillet. — On constate au sommet droit, en arrière, des signes pseudo-cavitaires (souffle à timbre amphorique — râles éclatants) ; à la base, il existe de la matité franche ; la succussion hippocratique est nettement perceptible dans la région mamelonnaire.

On pratique une nouvelle ponction à la base de l'aisselle, qui permet de retirer une assez grande quantité de liquide purulent fétide.

On décide une pleurotomie.

Le 3 juillet 1932. — Intervention (Docteur Laroyenne); anesthésie générale à l'éther. Pleurotomie droite avec résection costale. Il s'écoule un pus bien lié, probablement pneumococcique.

Après l'opération, une brusque défervescence se produit, suivie d'une amélioration de l'état général; il s'écoule les jours suivants beaucoup de pus par la plaie.

Le 8 août. — Le malade, conservant une fistule, demande à partir; à ce moment son état général est satisfaisant.

Il n'a pas été revu depuis.

Il s'agit donc d'un abcès de la partie moyenne du poumon droit, dont les particularités sont les suivantes :

1° Début imprécis.

2° Signes fonctionnels et généraux rappelant ceux de la tuberculose pulmonaire au début.

3° Evolution en deux phases : la première, d'abcès intraparenchymateux, bien diagnostiqué grâce à l'examen radioscopique qui montre une belle image hydro-aérique dans la région juxta-hilaire droite; la seconde, de pyopneumothorax total consécutif, nécessitant une pleurotomie.

A la suite de cette intervention, le malade est très amélioré, mais au moment de sa sortie de l'hôpital, il garde une fistule pleurale.

OBSERVATION XVI

Abcès pulmonaire du sommet droit, complètement muet à l'auscultation, uniquement décelable à la radioscopie (image hydro-aérique dans la région sous-claviculaire).

— *Guérison au bout de deux mois et demi par le traitement médical.*

A..., 44 ans, entre à l'hôpital le 19 août 1932 avec le diagnostic de bronchite.

Antécédents héréditaires et personnels sans intérêt.

L'affection pour laquelle le malade est hospitalisé a débuté, il y a trois semaines, sans cause apparente ; elle s'est accompagnée au début d'un état fébrile assez prononcé (39°).

Actuellement, la fièvre est à 38° ; le malade se plaint de tousser, son expectoration est purulente, peut-être un peu fétide ; sans autres caractères particuliers. L'auscultation ne révèle que quelques râles de bronchite.

Le 20 août 1932. — On découvre à la radioscopie, dans la région sous-claviculaire droite, une zone d'opacité au milieu de laquelle on voit très nettement une ligne de niveau horizontale mobile par la succussion et surtout par l'inclinaison du tronc. La constatation d'une semblable image hydro-aérique fait tout de suite penser à un abcès du poumon.

Nanti de ces renseignements, on réausculte le malade, mais on ne trouve que quelques sibilances. Au sommet droit, à l'endroit où l'image anormale a été découverte, il n'y a rien de particulier, sauf peut-être, une expiration un peu plus soufflante qu'ailleurs ; pas de râles fins même après la toux. A noter une fétidité assez prononcée de l'haleine.

Une première radiographie (23 août) confirme les données et la radioscopie du 20 août. (Planche IV, fig. 1).

On commence dès le 23 août un traitement par des injections de chlorhydrate d'Emétine (0 gr. 04 par jour).

Un examen de crachats pratiqué à cette date donne les résultats suivants : « Pas de bacilles de Koch ; pas de spirochètes ; pas d'amibes ; présence de pneumocoques, de streptocoques et de pneumobacilles ». Préparation d'un autovaccin.

Le 29 août. — Sur un deuxième film on remarque comme

sur le premier une belle image hydro-aérique sous la clavicule droite. (Planche IV, fig. 2).

Le 30 août. — On commence les injections de l'autovaccin (elles seront continuées à raison de une tous les deux jours).

Le malade à ce moment est apyrétique.

Le 4 septembre. — Ascension brusque de la température à 38°8 coïncident avec une vomique fractionnée.

Le 6 septembre. — L'expectoration persiste, toujours un peu fétide.

A l'auscultation, on ne trouve pas d'autres signes que quelques râles de bronchite.

A signaler en outre une légère réaction thermique à la suite de chaque injection de l'autovaccin.

Le 16 septembre. — Le malade a présenté une petite hémoptysie constituée par un peu de sang pur, et des caillots, et à sa suite quelques crachats hémoptoïques. On institue un traitement à l'émétine (0 gr. 08 par jour). Au bout de deux jours l'hémoptysie s'arrête.

Le 22 septembre. — Nouvelle hémoptysie de moyenne abondance, constituée d'abord par du sang pur, puis par du sang mêlé aux crachats. On continue le traitement émétinien.

Le 27 septembre. — Le malade a reçu dix injections de 0 gr. 08 d'émétine, soit 0 gr. 80 en tout.

Il n'a pas présenté de nouvelles hémoptysies.

On suspend le traitement émétinien et l'on reprend les injections de l'autovaccin.

Le 28 septembre. — Sur un troisième film, on constate une amélioration notable ; l'image hydro-aérique a notablement regressé, elle est à peine visible. D'ailleurs, le malade ne crache presque plus (deux ou trois crachats purulents par jour) il est complètement apyrétique. (Planche IV, fig. 3). L'auscultation pulmonaire reste négative.

Le 15 octobre. — L'état général est satisfaisant, l'expectoration à peu près nulle.

Sur un quatrième film (14 octobre) on voit un simple flou de la région sous-claviculaire droite, avec peut-être une petite image annulaire ; quant à l'image hydro-aérique, elle a complètement disparue. (Planche IV, fig. 4).

Le malade part en convalescence.

Le 22 novembre. — A la radioscopie simple voile du sommet droit ; état général très bon ; pas d'expectoration.

Le 20 avril 1934. — On revoit le malade, qui est actuellement en parfaite santé et peut faire régulièrement son métier pénible de chaudronnier. Il tousse un peu le matin et éprouve quelquefois un point douloureux dans la région mamelonnaire droite quand il prend froid.

A l'auscultation, on entend seulement quelques sibilances. L'examen radioscopique est négatif, à part une légère accentuation de l'ombre hilare droite.

Dans cette observation, on se trouve en face d'un abcès pulmonaire du sommet droit complètement muet à l'auscultation.

L'examen radiologique, en révélant l'existence d'une image hydro-aérique dans la région sous-claviculaire droite, jette ainsi de la clarté sur une affection à symptomatologie bien imprécise.

L'évolution, entrecoupée de plusieurs hémoptysies, semble avoir été favorablement influencée par le traitement éméтинien, lequel, associé à la vaccinothérapie, a permis d'obtenir la guérison au bout de deux mois et demi.

Les films en série permettent de suivre la régression progressive puis la disparition complète de l'image hydro-aérique.

OBSERVATION XVII

Abcès pulmonaire chronique siégeant à la partie moyenne du poumon gauche et dont le début remonterait à 14 ans. Traitement chirurgical (phrénicectomie et thoracoplastie basse). Amélioration consécutive.

N..., 33 ans, entre dans le service le 4 septembre 1932, avec le diagnostic de bronchite suspecte.

Antécédents héréditaires et collatéraux sans intérêt. Personnellement le malade a présenté en 1918 un point pleurétique gauche, et six mois plus tard, une broncho-pneumonie qui a motivé sa réforme avec pension de 30 %.

Depuis 1919, le malade présente des bronchites à répétition avec expectoration fétide et parfois hémoptoïque.

Actuellement, l'expectoration est muco-purulente et nettement fétide. Le malade n'a pas d'appétit, a maigri de 2 kilos en l'espace de deux mois, présente un état subfébrile permanent (38°5), et un hippocratisme digital très prononcé.

L'examen montre :

1° des signes de bronchite diffuse très accusée prédominante à gauche.

2° à la base gauche, en arrière, une zone de matité avec obscurité respiratoire, mais sans souffle.

Le malade affirme que des ponctions ont été faites à plusieurs reprises à cet endroit, mais qu'elles ont toutes été négatives.

A la base de l'aisselle et dans la région précordiale on entend d'assez nombreux râles humides de fin calibre.

Peut-être s'agit-il d'une sclérose pulmonaire de la base gauche avec dilatations bronchiques ? En tous cas, il ne paraît pas s'agir de tuberculose pulmonaire.

Le 7 septembre 1932. — Un examen rodioscopique puis radiographique montre au milieu du champ pulmonaire gauche une zone d'opacité de forme vaguement triangulaire à base axillaire, au milieu de laquelle on voit une image cavitaire arrondie avec un niveau liquide pas très net.

D'autre part, l'extrême base est opaque, le sinus costodiaphragmatique est invisible.

Le poumon droit est clair sur toute son étendue.

En raison de cette constatation, on élimine le diagnostic de dilatation bronchique et l'on pense plutôt à un abcès pulmonaire chronique.

Le 8 septembre 1932. — Examen des crachats : « Pas de bacilles de Koch ; nombreux pneumocoques et pneumobacilles ; streptocoques et bacilles anaérobies ; pas d'amibes ; pas de spirilles. »

Préparation d'un autovaccin contenant : (1 milliard de chaque espèce de germes par cmc).

Réaction de Wassermann : négative.

Le 13 septembre. — Le malade a présenté un accès fébrile à 40°.

A l'examen, à gauche, en arrière : les signes d'auscultation ne sont pas modifiés ; en avant, on constate aujourd'hui un silence respiratoire complet sur toute la hauteur et cela, avec conservation de la sonorité et des vibrations.

Pas de déviation du cœur.

Le 14 septembre. — La température a légèrement baissé (39°). On commence les injections de l'autovaccin. (Celles-ci seront continuées de deux jours en deux jours comme habituellement.)

Le 15 septembre. — Aujourd'hui on constate un changement net dans les signes d'auscultation : à gauche, en arrière, on entend, sur toute la hauteur, de gros râles humides, lesquels présentent un timbre caverneux à la partie moyenne ; en avant, on perçoit des râles sous-crépitaux inspiratoires assez nombreux dans toute la région précordiale.

Le 28 septembre. — La fièvre, qui était tombée depuis quelques jours, remonte à 38°5. L'expectoration est abondante, purulente.

A l'auscultation, persistance de râles humides sur toute la hauteur du poumon gauche.

Le 29 septembre. — Une nouvelle radiographie (en légère

O.A.G.) montre, outre les lésions déjà notées sur la première, une image annulaire qui se rétracte au moment de la toux, à la partie moyenne du champ pulmonaire gauche.

Le 13 octobre. — On a terminé les injections de l'autovaccin. Ce dernier n'a pas amené d'amélioration sensible : l'expectoration est toujours très purulente (un demi-crachoir par jour) ; la fièvre oscille entre 37° et 38°2.

A l'examen, on constate du côté gauche, en arrière comme en avant, de nombreux râles humides inspiratoires, se percevant jusqu'au sommet mais ayant leur maximum à la partie moyenne, en arrière ; à cet endroit, il y a un souffle expiratoire.

Le malade a repris trois kilos depuis son entrée dans le service.

Le 6 novembre 1932. — La courbe thermique est remontée à 39°. On fait préparer un nouvel autovaccin.

Le 14 novembre 1932. — On commence les injections du deuxième autovaccin. (Celui-ci contient par cmc 2 milliards de streptocoques et 2 milliards de pneumocoques.)

Le 15 novembre. — On pratique une injection intra-trachéale de lipiodol, et on constate que, s'il est facile d'injecter l'arbre bronchique droit, le lipiodol pénètre au contraire très difficilement, du côté gauche ; de ce côté, on ne réussit à injecter que la grosse bronche, et il est impossible de faire pénétrer l'huile iodée, plus avant.

Sur la radiographie faite après l'injection, on ne voit à peu près pas de lipiodol du côté gauche, tandis qu'à droite, il y a de très nombreux amas lipiodolés tout le long du pédicule bronchique inférieur ; l'un de ces amas est même situé très en dehors sur la ligne axillaire.

Le 3 décembre. — Le malade garde une température subfébrile continuelle avec de temps à autres de grands clochers à 40°.

L'auscultation révèle toujours, du côté gauche, de nombreux râles humides sur toute la hauteur en arrière et en avant ; tandis qu'à droite on n'entend que des sibilances.

L'expectoration est moins abondante que précédemment ; l'état général est satisfaisant (Poids 68 kilos au lieu de 57 à l'entrée).

Le 17 décembre. — Le traitement par l'autovaccin est terminé.

L'expectoration est un peu moins abondante que précédemment. La courbe thermique se maintient aux environs de 38°5 avec parfois de grands clochers à 40° précédés de frissons.

Les signes d'auscultation sont toujours les mêmes.

En raison de la chronicité de l'abcès pulmonaire et de l'inefficacité des traitements médicaux, on se décide à intervenir chirurgicalement.

Le 22 décembre 1932. — Intervention. (Professeur Bérard, Docteurs Denis et Cuilleret.)

On pratique tout d'abord une phrénicectomie gauche, puis dans la même séance, une résection des 7^e, 8^e, 9^e et 10^e côtes sur 13 cm. de long ; sans chercher à faire une brèche trop longue ; car c'est plus une voie d'abord que d'affaissement.

Suites opératoires bonnes.

Deux jours après l'intervention, la température est aux alentours de 38°5, puis tombe rapidement à 37°5.

Remplacement du drain le sixième jour.

La température remonte à 38°2 le septième, en même temps que la plaie rougit sur toute son étendue.

Désunion de haut en bas ; irrigation continue au Dakin avec les drains de Carrel.

Le 16 janvier. — Le malade va bien ; la plaie est en bonne voie de cicatrisation. Le malade tousse et crache moins.

Le 4 février. — L'apyrexie est complète ; le malade crache encore et se dit un peu oppressé.

Sur une radiographie, clarté du poumon gauche sauf à la base.

Le malade part en convalescence.

Le 6 avril 1933. — On revoit le malade dont l'état général est florissant ; poids 69 kilos ; pas de fièvre ; légère toux le matin. La cicatrice opératoire n'est nullement douloureuse.

A l'examen pulmonaire :

1° A gauche, à la base, submatité ; diminution notable du murmure, pas de râles après la toux, quelques sibilances seulement.

2° A droite : respiration un peu emphysémateuse avec quelques sibilances.

Le 10 avril 1934. — L'état général se maintient bon ; cependant, la bascule accuse une perte de poids de 3 kilos depuis l'examen précédent (66 kilos).

Le malade dit ne pas avoir de fièvre ; il se plaint d'essoufflement au moment des efforts, et de points de côté assez vagues dans le thorax à droite comme à gauche.

Actuellement, il dit cracher un peu depuis trois semaines (environ 20 crachats purulents par jour), alors que l'été dernier et dans les mois qui ont suivi l'intervention, l'expectoration était tarie. Cette expectoration n'est pas fétide.

A l'examen pulmonaire :

1° A gauche, la cicatrice opératoire n'est pas douloureuse ; la sonorité est normale sauf à l'extrême base où il y a une zone de submatité. A l'auscultation : obscurité respiratoire sur toute la hauteur avec d'assez nombreuses sibilances, mais nulle part on entend de râles fins ni de foyer soufflant.

2° Du côté droit : murmure normal.

A la radioscopie : obscurité de la base gauche avec zone de condensation para-hilaire, sans image hydro-aérique.

Il s'agit d'un vieil abcès pulmonaire, siégeant à la partie moyenne du poumon gauche, et dont le début remonterait à 14 ans. Cet abcès présente une évolution très chronique, entrecoupée de paroxysmes fébriles avec expectoration abondante et fétide. Les signes d'auscultation sont variables d'un examen à l'autre.

A noter que le côté malade ne paraît pas être perméable au lipiodol.

On a essayé un traitement par l'auto-vaccinothérapie sans grand espoir de succès ; car, vu l'ancienneté de l'abcès, le traitement chirurgical paraissait seul de mise. Une phrénicectomie et une thoracoplastie basse, pratiquées par le Professeur Bérard, améliorèrent notablement l'état du malade. Celui-ci n'est toutefois pas complètement guéri, et continue à présenter par moments, surtout l'hiver, une expectoration abondante.

OBSERVATION XVIII

Abcès pulmonaire du lobe inférieur droit à symptomatologie initiale pseudo-pleurétique. Vomiques à répétition. Passage à la chronicité. Intervention chirurgicale (Professeur Bérard) : Phrénicectomie et thoracoplastie basse. Bon résultat.

A..., 34 ans, manœuvre, entre à la salle Saint-Bruno le 17 septembre 1932 avec le diagnostic de dothinentérie.

Antécédents héréditaires sans intérêt. Personnellement, bonne santé habituelle. Le malade avoue un léger éthylisme et nie la syphilis.

L'affection actuelle remonte à 15 jours ; elle a débuté par des douleurs abdominales localisées surtout dans la région sous-hépatique, accompagnées de céphalée et de sueurs abondantes.

Le malade tousse un peu surtout la nuit ; son expectoration est minime.

A l'examen, abdomen souple, légèrement météorisé ; la rate n'est pas perceptible.

L'auscultation pulmonaire ne révèle que quelques sibilances à la base droite.

Bruits du cœur normaux. Courbe thermique aux environs de 38°. Tension 10/6. Examen urinaire négatif.

Le séro-diagnostic T.A.B. est négatif.

Le 22 septembre. — L'examen radiographique montre à la base droite une zone d'opacité très nette, à contours indécis, un peu au-dessus du sinus costo-diaphragmatique droit.

Le 23 septembre. — Analyse de l'expectoration : absence de bacilles de Koch.

Le 24 septembre. — La courbe thermique atteint 39°. On note l'apparition de nombreux râles sous-crépitaux fins à la base droite, en arrière ; pas de souffle.

Le 27 septembre. — Les signes se précisent. On constate à la base droite, en arrière, une zone de matité franche ; à ce niveau on entend des râles crépitaux fins inspiratoires assez nombreux avec quelques frottements pleuraux expiratoires. Ceux-ci s'entendent également mais en moins grand nombre à la base de l'aisselle et en avant.

La courbe thermique redescend à 38°.

Il s'agit en somme d'un processus pleuro-pneumonique sub-aigu de la base droite. Une ponction exploratrice pratiquée à ce niveau est négative.

Le 8 octobre. — La courbe thermique se maintient aux environs de 38° ; l'expectoration est peu abondante, purulente, non fétide. La recherche du bacille de Koch a été négative à deux reprises. Les signes d'auscultation sont les mêmes à l'exception des frottements pleuraux qui ont disparu.

Une radiographie faite le 4 octobre a montré au niveau de la base droite une image opaque à limite supérieure légèrement arrondie.

Le 10 octobre. — Pensant à la possibilité d'un kyste hydatique pulmonaire on fait pratiquer la réaction de Casoni, qui est très positive.

Le 11 octobre. — Elévation de température à 40° avec frissons et douleur dans le côté droit. L'examen pulmonaire révèle une zone de matité franche dans l'aisselle, et intéressant en avant le quatrième espace intercostal. A ce niveau, on perçoit un souffle expiratoire très doux avec pectoriloquie. La pression de l'hémithorax est douloureuse.

Deux ponctions exploratrices à la base droite, en pleine zone de matité, restent négatives.

La bacilloscopie des crachats est négative.

Le 15 octobre. — Une nouvelle radiographie montre une zone d'opacité massive occupant toute la moitié inférieure du champ pulmonaire droit, opacité dont la limite supérieure n'a pas la forme d'une courbe de Damoiseau mais dessine plutôt une ligne convexe en haut.

L'examen clinique révèle toujours des signes pleurétiques ou pseudo-pleurétiques à la base droite : matité de bois dans les deux tiers inférieurs de l'hémithorax, tournant dans l'aiselle et occupant le quatrième espace en avant ; de plus, à la partie supérieure de la zone mate dans la région sous-épineuse, on entend quelques râles, alors qu'en avant, dans la région mamelonnaire ainsi que dans l'aiselle, on entend des frottements pleuraux.

La courbe thermique se maintient au-dessus de 39°.

Une nouvelle ponction exploratrice à la base droite est négative.

L'état était sensiblement stationnaire depuis quelque temps, lorsque le 18 octobre 1932, s'est produit une vomique assez abondante.

En conséquence, on porte le diagnostic de collection purulente ouverte dans les bronches, collection probablement intra-pulmonaire.

Le 20 octobre. — La courbe thermique est tombée progressivement aux environs de 37°5.

Le malade crache moins, présente des sueurs abondantes.

A l'examen, on trouve toujours une zone de matité à la base droite en arrière, avec abolition du murmure à ce niveau. A la partie supérieure de la zone mate, on perçoit un souffle expiratoire avec râles humides confluent. En avant, à droite, pas de matité, mais assez nombreux frottements pleuraux.

Un nouvel examen de crachats ne montre pas de bacilles de Koch.

Le 25 octobre. — On constate une amélioration très nette : la température est tombée, l'expectoration est moindre.

L'examen pulmonaire montre toujours à la base droite des signes pseudo-pleurétiques (matité, obscurité des deux tiers inférieurs), mais les signes pseudo-cavitaires que l'on avait noté dans la région du hile (souffle-râles) ne s'entendent plus aujourd'hui.

Un nouveau film radiographique (pratiqué le 22 octobre) montre une diminution nette de l'étendue de la zone d'opacité du champ pulmonaire droit.

Le 31 octobre. — La température est remontée peu à peu à 39°, en même temps qu'apparaît une nouvelle vomique, assez abondante (un crachoir de liquide purulent non fétide).

Un examen radioscopique pratiqué aussitôt après la vomique montre au milieu de la zone opaque précédemment décrite, une belle image hydro-aérique avec un niveau liquide assez net, surmonté d'une bulle gazeuse à contours régulièrement arrondis.

Il s'agit donc d'une collection purulente intra-pulmonaire ouverte dans l'arbre bronchique.

Cette vomique se répète à plusieurs reprises pendant deux jours du 31 octobre au 2 novembre. Le malade rejette en tout quatre crachoirs de pus.

Dès le 2 novembre, la courbe thermique retombe progressivement à la normale. Puis l'expectoration diminue de purulence, et devient mousseuse.

A l'examen pulmonaire, il existe toujours de la matité franche avec silence respiratoire à la base droite, en arrière ; de plus, en un endroit précis, situé un peu en dehors de la pointe de l'omoplate, on entend un léger souffle expiratoire avec quelques râles.

Le 31 octobre 1932. — Examen de crachats : flore microbienne peu marquée, constituée surtout par des chaînettes de streptocoques.

Sur un nouveau film pratiqué le 3 novembre on ne voit pas d'image hydro-aérique mais une zone d'opacité occupant

toute la base droite, et dont la limite supérieure est assez floue, elle est surmontée à sa partie interne par une zone sombre juxta-hilaire à contours assez arrondis.

Le 6 novembre. — Nouvel examen des crachats : « Pneumocoques à l'état pur ». Préparation d'un autovaccin renfermant (quatre milliard de germes par cc).

Le 14 novembre. — On commence les injections de l'autovaccin (ces injections seront continuées de deux jours en deux jours).

Le 15 novembre. — Le malade présente une nouvelle vomique (un demi crachoir de pus).

Le 16 novembre. — Un nouvel examen radioscopique montre que l'opacité de la base droite diminue, que la région sus-diaphragmatique s'éclaircit, mais l'on voit encore à la partie supéro-externe de la zone opaque une zone plus claire avec peut-être un niveau liquide.

Pendant près de quatre semaines, l'état général est stationnaire, l'apyrexie complète. On continue régulièrement les injections de l'autovaccin.

Le 17 décembre. — On fait préparer un nouvel autovaccin avec les crachats (celui-ci renferme deux milliards de pneumobacilles, et deux milliards de pneumocoques par cc).

Le 20 décembre. — On reprend les injections d'autovaccin. La température actuellement est subfébrile.

Le malade ne crache plus.

A l'examen clinique, on retrouve à la base droite la zone de matité, mais le murmure s'entend quoique faiblement jusqu'en bas, sans bruits adventices.

Un nouvel examen radioscopique montre toujours à droite à la base, la même zone d'opacité à limite supérieure indistincte, sans image hydro-aérique visible nettement.

La courbe thermique monte à 39°, ce qui fait suspecter une rétention dans la cavité purulente.

Le 31 décembre. — Ponction exploratrice à la base droite, négative.

Le 5 janvier 1933. — Apparition d'une nouvelle vomique

(trois crachoirs de liquide purulent). A la suite de cette vomique, chute progressive de la température.

A l'examen clinique, en plus des signes notés ci-dessus, on constate la réapparition en un point précis, en dehors de la pointe de l'omoplate d'un souffle expiratoire léger avec quelques râles.

Le 6 janvier. — Une nouvelle radiographie a montré que l'opacité de la base droite était moins prononcée et que, à la partie externe de la zone opaque, il existait assez nettement une image hydro-aérique.

Le 26 janvier. — Une autre radiographie montre un éclaircissement très net de l'opacité de la base droite, et le niveau liquide noté précédemment, ne se voit plus. Le malade s'améliore un peu; il est actuellement apyrétique, cependant, l'expectoration persiste, et on entend à la base droite un souffle expiratoire avec un foyer de râles fins dans la région de la pointe de l'omoplate.

Le 10 février. — On avait décidé de commencer un traitement par des injections intra-veineuses d'alcool ; mais, devant la chronicité de cet abcès, M. le Professeur Bérard, consulté, décide une intervention.

Le 14 février. — (Intervention de M. le Professeur Bérard.)

(Anesthésie rectale, qui doit être complétée comme d'habitude par une anesthésie au chlorure d'éthyle. Alerte respiratoire assez vive.) Phrénicectomie droite et résection des 10°, 9°, 8°, 7° côtes droites sur une grande étendue.

Les suites opératoires sont bonnes. La température qui, le lendemain de l'intervention, était de 40°, tombe insensiblement en huit jours jusqu'à devenir subfébrile ; elle se stabilise aux environs de 37°5 jusqu'au moment où le malade quitte le service du Professeur Bérard pour revenir salle Saint-Bruno, le 30 mars 1933.

Le 6 avril. — La plaie opératoire est en bonne voie de cicatrisation. L'auscultation pulmonaire montre une diminution du murmure à la base droite, mais pas de râles nets. L'examen radioscopique montre un éclaircissement très net

de toute la base droite avec une ascension de la coupole diaphragmatique.

Le 16 mai. — Le malade part en convalescence à la campagne ; il est apyrétique, ne tousse et ne crache pas.

Le 22 juin. — On revoit le malade dont l'état général est excellent. Ni toux ni expectoration.

A l'auscultation, on constate à la base droite, un souffle expiratoire très net avec quelques râles.

Un film radiographique montre une ascension notable de l'hémi-diaphragme droit ; au-dessus de lui, la base du poumon est un peu voilée, avec une bande plus sombre allant du hile à la paroi axillaire.

Le 26 août. — Etat absolument identique. Aucun trouble fonctionnel, pas de fièvre ; reprise des forces.

A l'auscultation, on entend toujours, dans la région de la cicatrice opératoire, un souffle expiratoire avec quelques râles.

Mars 1934. — Bon état général, aucun trouble fonctionnel. Persistance d'un souffle expiratoire dans la région de la cicatrice.

Pendant longtemps le diagnostic est resté hésitant. Le malade se présente en effet avec des signes généraux faisant penser à une fièvre typhoïde ; mais le séro-diagnostic négatif, puis les constatations radiologiques orientent l'attention vers la base pulmonaire droite.

Pendant un mois et demi, c'est le tableau d'une pleurésie de la base droite, mais les ponctions répétées sont toutes négatives. Bientôt apparaît une vomique assez abondante ; on constate alors à l'écran une image hydro-aérique de la base droite. Il s'agit donc d'une collection purulente, vraisemblablement intrapulmonaire, qui s'est ouverte dans les bronches.

Mais bientôt, précédée d'une élévation thermique,

une nouvelle vomique se produit, puis le malade redevient apyrétique jusqu'à une nouvelle rechute, et le cycle recommence.

Peut-être pourrait-on retenir, pour expliquer cette chronicité désespérante, la présence du pneumobacille dans l'expectoration ?

Le traitement par l'auto-vaccinothérapie n'ayant pas donné de résultats, devant la chronicité de l'affection, on se décide à intervenir chirurgicalement. Le Professeur Bérard pratique une phrénicectomie et une théracoplastie basse.

Consécutivement, on note une amélioration assez sensible : apyrexie, reprise de poids, disparition des troubles fonctionnels, mais il persiste encore actuellement un souffle expiratoire avec quelques râles à la base droite.

OBSERVATION XIX

(déjà publiée in thèse de Riotte, page 29.)

Abcès pulmonaire du lobe inférieur droit (image hydro-aérique sus-diaphragmatique) chez un ancien syphilitique, ancien paludéen, ancien dysentérique et gros éthylique. Echec des traitements médicaux (Emetine, autovaccin, injection d'alcool). Intervention chirurgicale (Professeur Bérard) : Thoracectomie basse, puis pneumotomie et ouverture de la poche, drainage. Apparition ultérieure de troubles intestinaux puis d'une ascite abondante (paracentèses répétées). Cachexie rapide. Mort. — Autopsie : abcès pulmonaire sous-pleural du lobe inférieur droit. Cirrhose hépatique.

D..., 28 ans, entre le 1^{er} décembre 1932 (salle Saint-Bruno) pour œdèmes des membres inférieurs.

Son père est mort de broncho-pneumonie sa femme n'a pas eu d'enfants ni de fausses couches.

Personnellement, le malade a présenté, en 1923, un chancre syphilitique, qui fut traité régulièrement par le bismuth et le néo-salvaran, puis deux chancres mous, traités tous deux au dmelcos et bien guéris.

Soldat au Maroc, il y a contracté le paludisme et la dysenterie.

Il avoue de plus un éthylysme de trois litres de vin par jour, sans compter de nombreux apéritifs.

L'affection actuelle, qui remonte à un mois (novembre 1932) aurait débuté par de l'œdème des membres inférieurs. Le malade présentait en outre, dit-il, une toux fréquente avec expectoration purulente, fétide ; depuis ce moment, il a maigri de 6 kilos.

A l'examen pulmonaire : à droite, sonorité normale, quelques râles de bronchite, pas de râles fins ; à gauche, rien à signaler.

Par ailleurs, léger œdème des membres inférieurs avec hydarthrose double ; léger hippocratisme des doigts.

Abdomen : le foie n'est pas augmenté de volume, mais il existe une grosse rate dont le pôle inférieur déborde les fausses côtes gauches.

On porte le diagnostic de cirrhose au début.

Le 8 décembre. — Le malade présente une hémoptysie, ou plus exactement des crachats hémoptoïques fétides.

La radiographie montre à la base droite, un peu au-dessus du diaphragme, une ligne de niveau horizontale assez nette, mobile dans les mouvements d'inclinaison du tronc ; elle est située à la partie supérieure d'une zone exiguë d'opacité dont le contours inférieur est curviligne.

On pense alors à un abcès gangreneux du lobe inférieur droit.

Un examen de crachats ne révèle pas de bacilles de Koch, mais de nombreux pneumocoques, pneumobacilles et streptocoques.

On fait préparer un autovaccin.

Le 9 décembre. — La radioscopie confirme les données de la radiographie : dans la région sus-diaphragmatique droite, on voit une ligne de niveau horizontale, parfaitement mobile dans les mouvements d'inclinaison du thorax à droite ou à gauche celle image est séparée du diaphragme par une zone exigüe de clarté normale.

Le diagnostic d'abcès du poumon doit donc être affirmé. Reste la question de l'étiologie. Le malade dit avoir eu la dysenterie pendant son séjour au Maroc ; il a été traité par des injections intra-musculaires d'émetine ; s'agirait-il d'un abcès amibien du poumon ?

D'autre part, l'expectoration qui, précédemment, était de couleur chocolat, est actuellement d'aspect banal, mais toujours très fétide. Le foie ne semble pas augmenté de volume, la rate est toujours hypertrophiée.

Il est possible qu'il y ait en même temps une atteinte hépatique permettant d'expliquer les œdèmes et le coefficient de Maillard un peu élevé (14,3).

La réaction de Wassermann est négative.

Le 10 décembre. — L'examen des crachats (Docteur Morenas) n'a pas montré d'amibes.

Malgré cela, on met le malade au traitement éméтинien (2 injections par jour de 0 gr. 04, soit 8 centigrammes *pro die*).

Le 16 décembre. — Sur un deuxième film, l'image hydro-aérique de la base droite est plus nette qu'auparavant.

Le 17 décembre. — Le malade a terminé son traitement éméтинien (16 injections de 0 gr. 04). Ce traitement n'a pas amélioré sensiblement son état ; la courbe thermique est aux environs de 39°.

Quant à l'expectoration, elle n'est plus hémoptoïque, mais franchement purulente.

Le 19 décembre. — On commence les premières injections de l'autovaccin.

Le 23 décembre. — La température a baissé, l'expectoration est à nouveau hémoptoïque.

A l'auscultation, on entend à la base droite, en arrière, de gros râles humides inspiratoires ; pas de souffle.

Le 3 janvier 1933. — La courbe thermique est stabilisée à 37°. On entend toujours des râles humides à la base droite. L'œdème des jambes a diminué.

Le 6 janvier. — Sur un troisième film, on note la persistance à la base droite, de l'image hydro-aérique, dont cependant le niveau liquide est moins net.

Le 11 janvier. — Les injections de l'autovaccin étant terminées, on fait préparer un nouvel autovaccin (qui contient pneumobacilles 3 milliards ; streptocoques un milliard par cc), et que l'on injecte au malade, comme le premier.

Le 31 janvier. — Température normale ; expectoration moins abondante mais toujours fétide.

A l'auscultation, quelques râles sous-crépitaux, à la base droite.

Sur un quatrième film, persistance de l'image hydro-aérique, sans changement.

Le 11 février. — On commence un traitement par des injections intra-veineuses d'alcool (4 gr. d'alcool dans 20 cc. de sérum glucosé). (On fera quatre injections, une tous les deux jours.)

Le 21 février.— Depuis deux ou trois jours, apparition de crachats hémoptoïques assez nombreux, avec légère ascension thermique (38°5). L'haleine est fétide.

Le 4 mars. — Les injections d'alcool, non plus que les injections de l'autovaccin, ne semblent pas avoir donné de résultat appréciable. L'haleine est toujours fétide surtout au moment de la toux. L'expectoration est purulente et fétide.

A l'auscultation : persistance d'assez nombreux râles humides inspiratoires à la base droite.

En somme l'affection date de trois mois, et ne manifeste aucune tendance à la guérison spontanée malgré les divers traitements médicaux. Une nouvelle radiographie montre que l'amélioration constatée deux mois plus tôt ne s'est pas maintenue bien au contraire, l'image hydro-aérique est plus grande, la quantité de liquide est plus considérable.

Le malade passe dans le service de Chirurgie du Professeur Bérard.

Le 16 mars 1933. — Intervention : Phrénicectomie droite ; résection des 7^e, 8^e, 9^e et 10^e côtes, de l'apophyse transverse à la partie moyenne, sur une longueur de 12 centimètres.

Suites opératoires : le 18 mars 1933, deux jours après l'intervention, le malade a présenté une vomique de 200 cc. environ, dans laquelle, l'examen bactériologique a révélé du bacille de Friedlander à l'état pur. On a fait préparer un autovaccin dont les injections ont dû être interrompues en raison de la violente réaction qu'elles ont provoquée. Actuellement, la température oscille entre 37° et 38° ; l'expectoration est peu abondante, l'état général bon.

Le 21 mars. — Sur une nouvelle radiographie, le diaphragme est ascensionné, et se trouve maintenant au contact de la limite inférieure et convexe de la poche ; celle-ci est partiellement évacuée.

Le 28 mars 1933. — Nouvelle intervention (Professeur Bérard, Docteur Peycelon).

Incision sur l'ancienne plaie ; la plèvre est très adhérente en face de la thoracectomie partielle. Un gros trocard ramène quelques gouttes de pus à 10 centimètres de profondeur. Sur le trocard laissé en place, on pratique une pneumotomie de 10 centimètres de longueur ; le doigt introduit dans la cavité, constate que celle-ci a les dimensions d'un œuf de poule. Drainage, mèches.

Les suites opératoires immédiates ont été bonnes.

Le 3 avril. — On signale que la température est revenue à la normale dès le deuxième jour, que l'état général, la toux, l'expectoration se sont améliorés. Au point de vue local, la plaie est d'aspect satisfaisant. (Les mèches ont été enlevées le deuxième jour, avant un nouveau tamponnement au sérum antigangreneux.) Il s'écoule par la plaie une sérosité rouge, et des portions de parenchyme pulmonaire sphacélique

Le 18 avril. — Actuellement, l'ouverture de la cavité est de la largeur d'une pièce d'un franc. Le drainage est insuffisant

car l'expectoration est redevenue abondante ; il y aura lieu d'agrandir l'orifice d'évacuation de la cavité.

Le 24 avril. — Nouvelle intervention (Docteur Maurice-Etienne Martin).

Devant l'insuffisance manifeste du drainage, on décide d'intervenir pour la troisième fois, afin de mettre à plat la cavité et de la tamponner au sérum antigrangreneux. Résection des 5^e et 6^e côtes sur une longueur de 10 à 12 centimètres ; on a ainsi sous les yeux l'abcès pulmonaire, qui se présente sous l'abcès d'une cavité du volume d'une mandarine.

Suites opératoires remarquablement simples.

Le 28 avril. — La plaie évolue normalement ; le malade ne crache plus. Son état général s'améliore progressivement.

Le 10 mai. — Depuis quelques jours, le malade se plaint de douleurs dans l'abdomen, survenant après les repas, sous formes de crampes, surtout pénibles dans l'hypogastre. Il présente une diarrhée, qui, de noirâtre au début, est maintenant devenue jaunâtre, avec des filets sanguinolents ; pas de perte de poids ; la température oscille entre 37° le matin et 37°5 le soir.

Le malade retourne salle Saint-Bruno.

Le 11 mai. — On constate l'existence d'une ascite assez abondante. Le foie ni la rate ne sont perçus. Il existe de la circulation complémentaire au niveau des flans. On se demande s'il ne s'agirait pas d'amibiase avec localisation intestinale et hépatique (hépatite amibienne ou abcès) ?

Dans cette dernière hypothèse, l'abcès pulmonaire reconnaîtrait la même étiologie, bien qu'on ait pas trouvé d'amibes dans les crachats et que le traitement émétinien n'ait pas amélioré le malade.

Depuis le 3 mai, le malade reçoit 0 gr. 04 d'émétine tous les deux jours.

Le 13 mai. — On a fait hier une ponction d'ascite (5 litres) qui a soulagé le malade et permis de percevoir le foie par le procédé du glaçon. Dans les selles on a pas trouvé d'amibes. Le malade se plaint toujours de diarrhée et de faux besoins.

On associe le stovarsol (deux comprimés de 0 gr. 25 par jour) à l'émétine.

Le 13 mai. — Nouvelle ponction d'ascite (8 litres de liquide citrin).

Le 20 mai. — Le traitement émétinien (80 centigrammes en tout) n'a pas amené d'amélioration, malgré l'association du stovarsol. L'ascite s'est reproduite. On tente un traitement par des injections de cyanure de mercure.

Le 27 mai. — L'ascite, très abondante, nécessite une troisième ponction on retire 7 litres de liquide citrin.

Par la suite, plusieurs autres ponctions sont pratiquées.

Le 24 juin. — Le malade meurt après avoir présenté une cachexie à marche rapide.

Autopsie le 26 juin 1933.

A l'ouverture, ascite abondante ; adhérences de la plèvre droite à la base seulement ; pas de liquide ni d'adhérences à gauche.

Poumon droit : Le trajet opératoire aboutit à une poche intrapulmonaire, superficielle, sous-pleurale. Le fond de cette poche est limité par une membrane pyogénique d'aspect gaufré, non indurée. La cavité communique à sa partie supérieure avec l'appareil bronchique et cette communication est nettement mise en évidence par un cathétérisme au stylet. Tout autour de la poche, le parenchyme pulmonaire est normal sans aucune induration ni hépatisation).

Poumon gauche : normal.

Cœur et aorte : rien à signaler.

Foie (1.050 gr.) : Cirrhose généralisée, bien différente par son aspect des cirrhoses habituelles. Il existe une péri-hépatite intense, faisant adhérer le foie aux organes voisins, et surtout marquée à la face inférieure.

La surface du foie est irrégulière, bosselée, présentant presque partout des saillies volumineuses qui sont des îlots de tissu hépatique énucléés par l'intensité de la sclérose sous-jacente. En un endroit, on voit une cicatrice déprimée, qui se continue en profondeur par une bande de tissu scléreux, ré-

tractile. Au niveau du lobe gauche, l'aspect de la surface est bien plus lisse et régulier qu'au niveau du lobe droit.

Sur la coupe, ce qui frappe, c'est l'intensité de la sclérose, celle-ci forme un réseau de travées blanchâtres, épaisses, délimitant des îlots de tissu hépatique jaunâtre. On voit en outre en quelques points, de petites hémorragies, surtout sous la capsule qui est très épaissie. Par places, on remarque des îlots étendus de sclérose dense, au niveau desquels toute trace de tissu hépatique a disparu. Pas de gommes nulle part.

Vésicule épaissie sans calculs.

Rate : un peu grosse (300 grammes), avec péri-splénite très prononcée.

Reins normaux.

Cœcum et colon : pas d'ulcération.

Résultats de l'examen histo-pathologique (Docteur Levrat).

1° Poumon droit. Sur les fragments examinés, on voit effectivement en un point, la paroi d'un abcès ; celle-ci est constituée en allant de dedans en dehors par une mince couche de tissu superficiel nécrosé, puis par une zone de tissu conjonctif, présentant un état inflammatoire subaigu, et très riche en vaisseaux. Ces lésions semblent récentes et l'organisation conjonctive est minime.

Aucun signe de tuberculose ou de syphilis.

2° Foie : Les fragments examinés présentent une cirrhose annulaire à très larges anneaux. La capsule est épaissie, très inflammatoire, déprimée en certains endroits par des travées fibreuses. Les travées de sclérose contiennent des éléments inflammatoires très nombreux et d'innombrables néo-canalicules biliaires. L'aspect des lésions fait évidemment penser à une cirrhose syphilitique, mais on ne voit pas de gommes.

3° Le fragment examiné présente une congestion vasculaire et une légère sclérose.

Cet abcès pulmonaire fut diagnostiqué dès l'entrée du malade à l'hôpital, l'examen radioscopique ayant

montré une belle image hydro-aérique dans la région sus-diaphragmatique droite.

Au point de vue étiologique, ce malade étant un ancien dysentérique, il était logique de soupçonner l'amibiase et de la rendre responsable de cette supuration.

Malgré des recherches précises, on ne parvint pas à découvrir d'amibes dans les crachats, et un traitement émétinien (10 injections de 0,04 cgr.) s'avéra inopérant.

L'auto-vaccinothérapie, puis les injections intraveineuses d'alcool n'amenèrent pas non plus l'amélioration désirée.

Le malade fut alors confié au chirurgien qui pratiqua d'abord une phrénicectomie et une thoracectomie basse, puis dans un deuxième temps, une pneumotomie avec ouverture de la poche et drainage.

Les suites opératoires furent simples, mais peu à peu s'installa chez le malade un syndrome dysentérique (toujours sans amibes dans les selles) avec apparition d'ascite nécessitant une série de ponctions. En l'espace de deux mois, le malade mourut d'une cirrhose du foie. L'autopsie apporta confirmation.

OBSERVATION XX

(déjà publiée in *Thèse* de RIOTTE, Lyon, 1933, page 35)

Abcès pulmonaire du lobe inférieur droit, passé à la chronicité. — Traitement chirurgical : thoracectomie basse, puis pneumotomie avec drainage de la cavité purulente. — Résultat immédiat favorable s'avérant moins bon au bout de quelques mois.

Il s'agit d'une femme de 30 ans, envoyée à l'hôpital avec

le diagnostic d'abcès du lobe inférieur du poumon droit à évolution chronique.

Antécédents. — Parents en bonne santé ; quatre frères et sœurs bien portants.

Dans l'enfance : coqueluche, oreillons, rougeole, varicelle. Bonne santé jusqu'à 16 ans. A cette époque, la malade présente une congestion pulmonaire de la base droite avec réaction pleurale. Elle est mariée et a un enfant en bonne santé.

En décembre 1931. — Elle se met à tousser et à rejeter une expectoration abondante, avec de temps à autre quelques crachats hémoptoïques. Puis s'installe un point de côté violent et tenace à la base droite, en arrière, au niveau de la pointe de l'omoplate. La température s'élève alors à 40° et une vomique survient, abondante, remplissant une demi-cuvette, composée de sang et de pus d'odeur fétide.

A la suite de cet épisode pulmonaire, la malade part se reposer à la campagne pendant trois mois. Elle ne tousse plus, ne crache plus et a engraisé de 8 kilos. (En juin 1932, elle pèse 72 kilos 200.)

Au cours de l'hiver 1932-33, la malade, qui se croyait guérie, recommence à tousser fréquemment, et à présenter une expectoration purulente, striée de sang, qui continue actuellement (16 mai 1933) ; elle a maigri de 18 kilos 200 en onze mois (poids : 54 kilos).

Le 18 mai 1933. — Examen du Professeur Agrégé Roubier.

On doit porter le diagnostic de vieil abcès pulmonaire de la base droite passé à la chronicité. Le début de l'affection remonte en effet à Noël 1931, soit à dix-sept mois.

La malade présente une expectoration abondante, purulente et fétide, absolument continuelle, parfois légèrement hémoptoïque. La courbe thermique est voisine de 38°.

A l'examen pulmonaire. — A la base droite, matité assez nette, avec obscurité respiratoire. Pas de signes cavitaires, pas de succussion.

A la radioscopie. — Zone d'opacité dense de la base droite,

à la limite supérieure de laquelle il existe une ligne de niveau horizontale. Cette ligne de niveau ne présente pas une grande mobilité quand on fait remuer la malade. De plus, à la partie toute interne de la zone opaque et en dedans de la ligne de niveau, on voit une zone plus claire, vaguement arrondie. Il est possible qu'il y ait, non pas une seule, mais plusieurs cavités purulentes. (Pl. V, fig. 3.)

Le 20 mai. — Examen des crachats : Flore microbienne abondante et variée comprenant :

- 1° des fusiformes nombreux ;
- 2° des spirilles ;
- 3° des streptocoques ;
- 4° des diplocoques ;
- 5° des cocci à Gram négatif.

Première intervention chirurgicale le 1^{er} juin 1933 (Docteurs Denis, M. Etienne-Martin). — Anesthésie loale. Incision basse postérieure. On commence par réséquer les onzième et douzième côtes ; la plèvre est libre au-dessous. On résèque successivement les dixième, neuvième et huitième côtes. On arrive alors sur une zone pulmonaire dense qu'on sent au doigt. On place un tamponnement à l'alcool iodé, sans pratiquer de ponction au niveau de la zone indurée. Fermeture partielle sur des crins.

Deuxième intervention le 8 juin 1933 (Professeur Bérard, Docteur M. Etienne-Martin). — Légère anesthésie au kélène, discontinue. Désunion de la plaie. La malade présente une amélioration certaine depuis la première intervention. Elle a vidé sa poche par des vomiques et des crachats fractionnés.

Cependant, comme on veut drainer cette poche, on fait sauter les crins, on retire le tamponnement, et on arrive sur la zone indurée que l'on ponctionne en différentes directions avec une grosse aiguille. On fait sept à huit ponctions qui ramènent du sang et quelques flocons fibrineux inodores. Il faut dire que la malade a évacué sa poche quand on l'a couchée sur la table, avant l'intervention.

Au moyen du bistouri électrique, on incise cette zone qui apparaît violacée et sans pus. Avec le doigt, on l'explore en tous sens. Quand on a pénétré de 3 à 4 centimètres dans le poumon infiltré, on tamponne les cavités avec des mèches de gaze imbibées d'eau oxygénée. On sature au-dessus et au-dessous de ce drainage.

Suites opératoires bonnes. La malade présente une rapide et considérable amélioration. Elle ne tousse presque plus et crache très peu.

Le 5 juillet. — Depuis quelque temps, l'expectoration et la toux sont revenues. Malgré que la plaie ne soit pas fermée, le drainage est insuffisant. On interviendra bientôt.

Troisième intervention le 18 juillet 1933 (Professeur Bérard, Docteur M. Etienne-Martin). — Anesthésie générale au kélène, discontinuée. Mise à plat de la cavité après résection de néoformations osseuses d'origine costale. Suites opératoires simples : les symptômes fonctionnels et généraux s'améliorent à nouveau très vite.

Le 23 septembre, la malade quitte le service avec une fistule. Elle reviendra se faire panser tous les jours.

La radiographie montre la persistance d'une ombre pulmonaire diffuse de la base droite.

Poids : 47 kilos 300.

Le 11 octobre 1933. — La malade est revue par le Professeur Agrégé Roubier.

La malade, qui a subi trois interventions dans le Service du Professeur Bérard, présente actuellement une fistule qui coule assez abondamment. Elle a un peu de fièvre : 37°2, 37°8 ou 38°. Elle tousse toujours et crache encore le matin. Les changements de position (par exemple le décubitus dorsal succédant à la station assise) la font expectorer. L'expectoration est toujours fétide.

A l'auscultation pulmonaire, obscurité de la base droite, ni souffle, ni râle.

Poids : 47 kilos 700.

A l'examen radioscopique il persiste une ombre opaque à la base droite avec, à sa limite supérieure, une ligne de niveau horizontale légèrement mobile.

Le 18 octobre 1933. — La plaie est incomplètement fermée. Elle bourgeonne autour de l'orifice de la fistule par où s'écoule une sérosité louche peu abondante. L'expectoration étant surtout matutinale, on décide de faire pratiquer une radiographie après injection de lipiodol intrabronchique, car on pense à une bronchectasie, secondaire à un abcès pulmonaire chronique.

Poids : 48 kilos 500.

Le 19 octobre, première radiographie (avant lipiodol). — On note, à la base droite, une opacité marquée avec une ligne de niveau horizontale. Au-dessus de cette ligne, et en dedans, au voisinage du hile, on remarque une formation fibreuse dense en forme de nid de pigeon, à convexité inférieure et plongeant dans le niveau liquide, le contour hilair de cette formation s'élevant plus haut que le contour externe.

Deuxième radiographie (après lipiodol). — La malade a eu une secousse de toux après l'injection de lipiodol, immédiatement avant la prise du cliché. Cependant, on voit l'arbre bronchique gauche qui est normal, tandis qu'à droite, à l'endroit où siégeait l'ancienne cavité anfractueuse résultant de la pneumotomie, on distingue des bronches dilatées, perdues au milieu de tissu scléreux réactionnel. En outre, le lipiodol est vu jusqu'à l'orifice cutané de la fistule opératoire, par laquelle il s'est écoulé dans la journée du 19 octobre, obligeant à refaire le pansement dans l'après-midi.

Cet examen permet d'affirmer la coexistence, chez cette malade, d'un abcès pulmonaire chronique, avec des dilatations bronchiques, et aussi l'existence d'une fistule bronchocutanée de faible importance.

La radiographie est moins concluante que l'examen radioscopique ; celui-ci a en effet été effectué sitôt l'injection terminée, avant que le lipiodol ne soit descendu par la fistule

dans le pansement et n'ait été projeté dans le champ pulmonaire droit par une malencontreuse secousse de toux.

Le 24 janvier 1934. — On revoit la malade. Elle n'a plus subi de nouvelle intervention chirurgicale, on n'a fait que des injections de lipiodol par la fistule (un flacon chaque fois).

La malade se dit améliorée ; l'expectoration serait moins abondante et moins épaisse ; sa fétidité est moins prononcée. Le poids est de 49 kilos 500. Pas de fièvre.

A l'auscultation pulmonaire, persistance de l'obscurité respiratoire à la base droite avec quelques râles.

L'examen radioscopique a montré, à la base droite, la même ligne de niveau horizontale, moins nette toutefois que précédemment, et près de laquelle se juxtaposent nombre de trainées plus opaques dues certainement au lipiodol qu'on injecte dans la fistule ; en outre, au-dessus d'elle et à la partie inférieure du hile, on voit une image annulaire assez nette qui se contracte par la toux. (Pl. V, fig. 4.)

Le 4 avril 1934. — On revoit à nouveau la malade. Il persiste, au niveau de la cicatrice opératoire, une fistule qui laisse écouler un pus verdâtre légèrement fétide ; cet écoulement, assez abondant, nécessite un pansement quotidien. L'état général est bon. La malade a engraisé de 1 kilo depuis le mois de janvier. Elle tousse peu, mais conserve une légère expectoration qui par moment serait fétide.

A l'auscultation, on ne trouve que de l'obscurité respiratoire à la base droite.

A la radioscopie, on retrouve la ligne de niveau horizontale précédemment notée. On a l'impression que les diverses interventions chirurgicales qui ont été pratiquées n'ont drainé qu'insuffisamment la cavité purulente.

Il s'agit d'un abcès pulmonaire du lobe inférieur droit, passé à la chronicité, dont le début remonterait à 17 mois, et qui évolue par poussées successives entrecoupées de périodes d'accalmie.

En raison de l'ancienneté de l'affection, on a estimé que le traitement médical serait absolument inopérant et que le traitement chirurgical était seul à envisager.

Dans un premier temps, une thoracectomie basse est pratiquée, découvrant et limitant le champ pulmonaire sur lequel, dans une seconde séance, sera pratiquée une pneumotomie. Le drainage n'étant pas suffisant après cette deuxième intervention, la malade est opérée une troisième fois.

Le résultat apparaît très appréciable dans les semaines qui suivent les interventions ; mais avec le temps, il s'avère moins excellent. La malade en effet continue à expectorer ; l'image radioscopique reste toujours la même.

Il est à noter, d'autre part, que l'injection de lipiodol a fait apparaître des dilatations bronchiques au voisinage du foyer abcédé ; on est donc autorisé à parler ici d'abcès pulmonaire chronique broncheectasiant.

OBSERVATION XXI

Abcès gangreneux dans la partie moyenne du poumon droit (image hydro-aérique dans la région para-hilaire). — Ponction exploratrice sous l'écran, positive. — Guérison au bout de deux mois par le traitement médical.

D..., 20 ans, entre salle Saint-Bruno le 31 mai 1933, à la suite d'une vomique.

Pendant son enfance, le malade a présenté des épisodes pulmonaires fréquents étiquetés « bronchite ».

A 16 ans, il eut la fièvre typhoïde ; puis, à 18 ans, présente une fistule anale qui fut opérée.

L'affection actuelle a débuté vers le 10 mai, soit trois semaines avant l'entrée à l'hôpital, par un malaise général, avec douleur thoracique droite, ascension thermique à 39°, toux et expectoration banale. Puis les signes s'amendent un peu, la température baisse à 38°, quand brusquement, le 29 mai, le malade ressent une nouvelle douleur, angoissante, à droite et au milieu de secousses de toux incessantes, présente une vomique assez abondante (un verre environ de pus verdâtre, fétide, avec débris sphacéliques).

A l'entrée à l'hôpital (31 mai 1933), le malade présente un facies d'infecté, au teint terreux. La courbe thermique est aux environs de 39° à 40° ; la toux incessante et quinteuse ramène une expectoration abondante, purulente, grisâtre, se déposant en trois couches dont l'inférieure contient des débris sphacéliques ; l'haleine du malade présente une odeur gangreneuse absolument repoussante.

A l'examen pulmonaire :

1° A gauche, rien d'anormal.

2° A droite, submatité dans la moitié inférieure de l'hémi-thorax, en arrière.

A l'auscultation. — A la base, abolition complète du murmure vésiculaire ; plus haut, dans la région du hile, souffle à timbre creux, surtout respiratoire. Mais de plus, on note, à ce niveau, l'existence d'une succussion hippocratique très nette. S'agit-il d'un foyer gangreneux purement parenchymateux, avec vaste cavité intrapulmonaire donnant la succussion ? ou bien d'un pyopneumothorax enkysté et ouvert dans les bronches ? En tous cas, il ne s'agit certainement pas d'un pneumothorax de la grande cavité, car en avant, sonorité et murmure respiratoire sont normaux.

Examen des crachats. — Flore microbienne très abondante constituée par des chaînettes de streptocoques et des amas de staphylocoques avec d'innombrables bacilles à Gram négatif.

On pratique d'emblée une injection de 40 cc. de sérum anti-

gangreneux (injection qui sera renouvelée les jours suivants).

Le 2 juin. — Un examen radioscopique, puis radiographique, montre une zone d'opacité très dense de la base pulmonaire droite, masquant les contours du diaphragme ; le sinus costo-diaphragmatique restent seul visible. A la partie supérieure de cette zone opaque, on voit une ligne de niveau horizontale, mobile, n'occupant pas toute la largeur transversale de l'hémithorax, mais seulement sa partie interne. Audessus de cette ligne de niveau, il y a une poche gazeuse exiguë dont le contour manque de netteté. (Pl. VI, fig. 1.)

En présence de cette image, on conclut qu'il s'agit d'une collection suppurée vraisemblablement intrapulmonaire.

On tente une ponction exploratrice, en arrière, à la base, près de la colonne ; elle reste négative.

Le 6 juin. — Le malade est traité par le sérum antigangreneux (40 cc. tous les jours) et la teinture d'ail (XX gouttes). Son état s'est amélioré : la température est à 38°, les quintes de toux sont moins pénibles, l'expectoration moins abondante et beaucoup moins fétide.

Résultat du deuxième examen des crachats. — Pas de fusospires ; très nombreux diplococco-bacilles encapsulés à Gram négatif ; bacilles et cocci à Gram positif ;

Culture aérobie : pneumobacilles, streptocoques et pseudo-diptériques. Pas de bacilles purement anaérobies.

Préparation d'un autovaccin renfermant pneumobacilles, streptocoques, pseudo-diptériques.

On associe les injections de cet autovaccin à la thérapeutique ci-dessus énoncée.

Le 8 juin. — L'examen radioscopique montrant toujours la même image hydro-aérique dans la région juxta-hilaire droite, on tente, après repérage sous l'écran, une nouvelle ponction exploratrice. Celle-ci est positive et permet de retirer 10 cc. de pus extrêmement fétide. On demande la préparation d'un nouvel autovaccin.

Le 13 juin. — Une deuxième radiographie a montré la per-

sistance de l'image hydro-aérique dans la région hilare droite; mais l'opacité sous-jacente de la base droite semble moins prononcée. (Pl. VI, fig. 2.)

A l'auscultation, le souffle ne s'entend plus, on perçoit seulement quelques râles inspiratoires à la base droite.

L'expectoration est moins abondante, toujours fétide.

On commence les injections du nouvel autovaccin pratiqué avec le pus retiré par ponction.

Les cultures aérobies et anaérobies ont permis d'identifier, dans ce pus, des colonies de bacilles anaérobies, de streptocoques, et surtout de pneumobacilles; les bacilles fusiformes n'ont pas poussé. C'est donc avec les trois premiers germes qu'a été préparé l'autovaccin.

Le 14 juin. — Apparition d'accidents sériques (ascension de la température, adénopathies, éruption urticarienne).

Le 19 juin. — Les accidents sériques touchent à leur fin.

L'expectoration, qui avait considérablement diminué pendant le cours de ces accidents, augmente un peu; elle est toujours fétide.

A l'examen pulmonaire, on note la persistance de la matité, à la base droite, avec un souffle expiratoire et quelques râles après la toux.

On continue les injections de l'autovaccin.

Le 29 juin. — Un nouvel examen radioscopique montre un éclaircissement considérable de la zone d'opacité de la base droite; quant à l'image hydro-aérique, elle n'est plus visible. (Pl. VI, fig. 3.)

L'examen clinique révèle encore quelques râles à la base droite, mais le souffle a disparu.

L'expectoration a notablement diminué, la fièvre est tombée.

Le 30 juin. — Un troisième film montre que les lésions du poumon droit sont en voie de résolution, l'image hydro-aérique a disparu; il persiste une exagération de l'ombre hilare droite et une double image linéaire de scissurite dessinant les contours du lobe moyen.

PLANCHE I



FIG. 1 (15 avril 1929)



FIG. 2 (6 août 1929)

OBS. IX. — Abscès pulmonaire occupant la partie moyenne du poumon droit. — Echec des traitements médicaux. — Passage à la chronicité. — Ces deux clichés montrent qu'en l'espace de quatre mois, l'image n'a pas changé.



FIG. 3 (29 octobre 1930)



FIG. 4 (6 novembre 1930)

OBS. XI. — Volumineux abcès du poumon gauche. — Ces deux clichés montrent la transformation rapide d'un bloc pneumonique en un vaste abcès.

PLANCHE II



FIG. 1 (3 octobre 1931)



FIG. 2 (17 octobre 1931)



FIG. 3 (31 octobre 1931)



FIG. 4 (11 novembre 1931)

Obs. XII. — Abscès situé à la partie moyenne du poumon droit. — Ces clichés en série montrent l'évolution progressive vers la guérison par le traitement médical en un mois et demi.

PLANCHE III

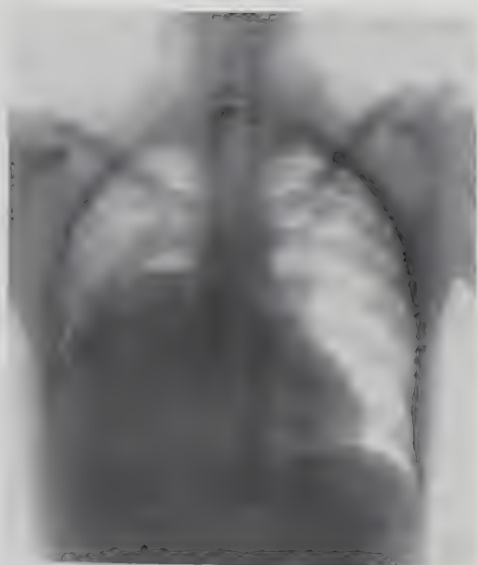


FIG. 1 (10 novembre 1931)



FIG. 2 (21 novembre 1931)



FIG. 3 (3 décembre 1931)



FIG. 4 (10 décembre 1931)

Obs. XIII. — Abscès pulmonaire siégeant dans la région juxta-hilaire droite. — Ces clichés montrent l'évolution progressive vers la guérison par le traitement médical.

PLANCHE IV



FIG. 1 (22 août 1932)



FIG. 2 (29 août 1932)

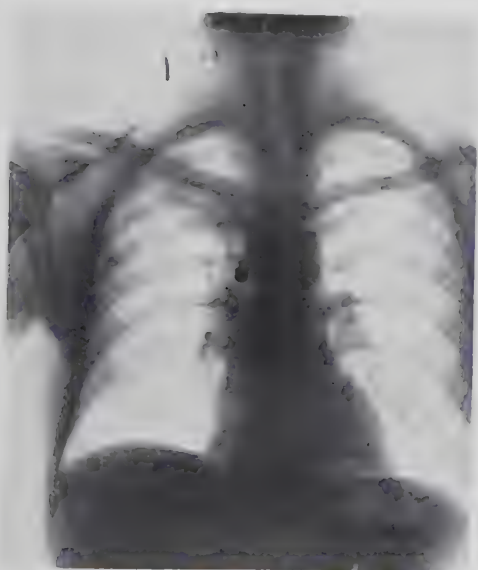


FIG. 3 (28 septembre 1932)



FIG. 4 (14 octobre 1932)

OBS. XVI. — Abscès pulmonaire du sommet droit (image hydro-aérique de la région sous-claviculaire). — Evolution vers la guérison par le traitement médical.

PLANCHE V



FIG. 1 (6 mars 1933)

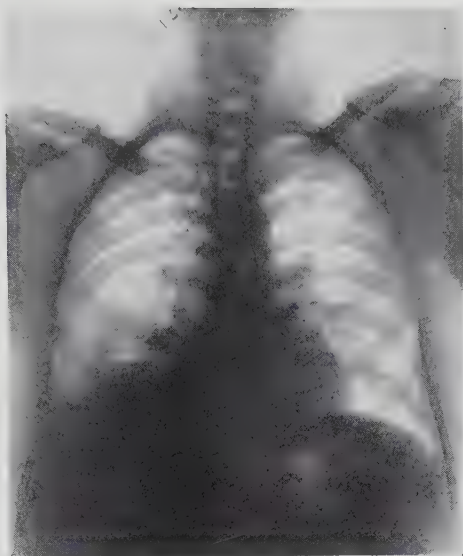


FIG. 2 (17 mars 1933)

Obs. XIX. — Abscès pulmonaire de la région sous-diaphragmatique droite (image hydro-aérique). — Insuccès du traitement médical. — Intervention chirurgicale (pneumotomie). — Les deux films sont pris l'un avant, l'autre après l'intervention.

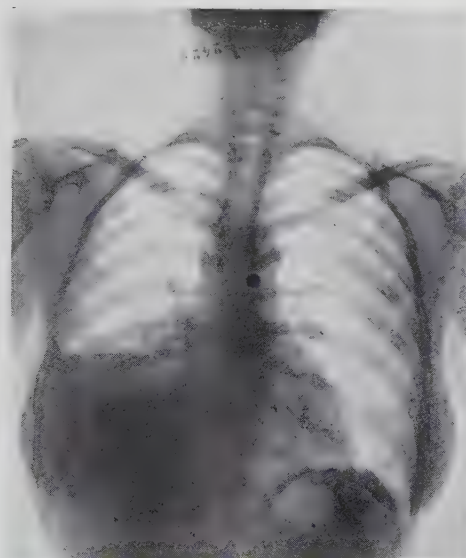


FIG. 3 (27 mai 1933)

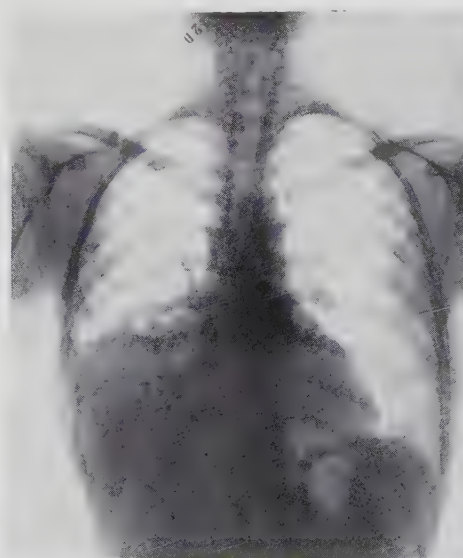


FIG. 4 (27 janvier 1933)

Obs. XX. — Abscès pulmonaire du lobe inférieur droit passé à la chronicité. — Traitement chirurgical : thoracotomie basse, puis pneumotomie avec drainage de la cavité purulente. — Les deux films sont pris l'un avant, l'autre après l'intervention.

PLANCHE VI



FIG. 1 (2 juin 1933)



FIG. 2 (13 juin 1933)



FIG. 3 (29 juin 1933)



FIG. 4 (17 juillet 1933)

OBS. XXI. — Abscès gangreneux de la partie moyenne du poumon droit (image hydro-aérique de la région juxta-hilaire). — Ces films successifs montrent la guérison au bout de deux mois par le traitement médical.

Le 13 juillet. — Guérison clinique et radiologique. (Pl. VI, fig. 4.)

Le 29 août. — Le malade est revenu à la consultation. Excellent état général ; pas de fièvre ; reprise de poids de 5 kilos en un mois ; bon appétit ; toux et expectoration nulles ; auscultation négative.

L'examen radioscopique ne montre rien d'anormal.

Le 15 mars 1934. — On revoit le malade dont l'état général est florissant (78 kilos) et qui ne présente aucun trouble fonctionnel.

A l'auscultation, on note seulement une légère diminution du murmure à la base droite.

L'examen radioscopique est complètement négatif.

Il s'agit en résumé d'une suppuration pulmonaire qui brusquement jette le masque sous forme d'une vomique abondante constituée par du pus horriblement fétide.

L'examen clinique faisant découvrir la succussion hippocratique en arrière à mi-hauteur, l'examen radioscopique montrant une image hydro-aérique dans la région para-hilaire droite, l'examen bactériologique enfin révélant la présence d'anaérobies dans le pus prélevé au cours d'une ponction après repérage sous l'écran, permettent de porter le diagnostic d'abcès gangreneux de la partie moyenne du poumon droit.

La sérothérapie antigangréneuse, associée à la teinture d'ail, procura une amélioration manifeste, laquelle fut parachevée par l'injection d'un autovaccin préparé avec le pus retiré par la ponction.

La guérison complète survint ainsi dans l'espace de deux mois par le seul traitement médical.

CHAPITRE III

Considérations anatomo-pathologiques

I. — LOCALISATION DE L'ABCÈS

D'après les données classiques, l'abcès du poumon siégerait dans les trois quarts des cas, au niveau des lobes inférieurs et dans plus de la moitié des cas au niveau du lobe inférieur droit.

Notre statistique ne confirme guère cette donnée classique ; elle nous permet, au contraire, de dire qu'un grand nombre d'abcès siègent au voisinage du hile, à gauche comme à droite.

Sans doute, relevons-nous, parmi nos observations, 13 abcès à droite et 8 à gauche ; mais, si l'on considère la localisation du foyer suppuré dans le poumon, nous trouvons 10 abcès de la région moyenne ou juxta-hilaire (5 à gauche et 5 à droite), pour 6 abcès de la base ou sus-diaphragmatique (5 à droite et 1 à gauche), et 5 abcès du sommet ou sous-claviculaire (2 à droite et 3 à gauche).

Nous pouvons donc conclure, d'après nos documents, que le siège le plus fréquent des abcès pul-

monaires se trouve être la région du hile, et cela aussi bien à droite qu'à gauche ; s'il s'agit d'un abcès de la base, il serait plus fréquent à droite ; s'il s'agit d'un abcès du sommet, il serait plus fréquent à gauche.

II. — DESCRIPTION MACROSCOPIQUE

Nos observations suivies d'autopsie sont au nombre de quatre. Au point de vue des dimensions de la poche purulente, un seul de ces quatre abcès pulmonaires est volumineux.

(Observation X) : Tout le lobe supérieur gauche est occupé par une vaste cavité allant en bas jusqu'à la scissure dont les deux feuillets symphysés sont bien reconnaissables.

Dans les observations I, IX, XIX, les dimensions de l'abcès sont plus réduites ; on peut comparer leur volume à une grosse noix, un œuf de poule ou une mandarine.

La poche purulente présente en général des contours irréguliers, anfractueux, faisant corps avec le tissu pulmonaire enflammé qui l'environne.

Le contenu est variable : c'est, soit du pus épais, jaunâtre, soit du pus d'aspect chocolat, suivant qu'il est mêlé à du sang ou à des grumeaux pulmonaires.

L'existence d'une membrane pyogénique limitant la paroi de l'abcès semble bien établie dans nos observations : très nette dans les abcès anciens (Obs. IX), on la retrouve même dans les abcès paraissant aigus (Obs. X). Elle est habituellement assez fine, d'aspect gaufré, velvétique, faisant partie intégrante du pa-

renchyme dont elle épouse les anfractuosités. Assez lisse dans une de nos observations (Obs. IX), elle apparaît ailleurs rugueuse et recouverte de débris pulmonaires adhérents.

Tout autour de la poche, le poumon est parfois densifié, hépatisé. Les lésions pleurales sont fréquentes (fausse membrane, adhérences).

III. — RAPPORTS DE LA CAVITÉ PURULENTE AVEC L'APPAREIL BRONCHIQUE

Ces rapports sont assez peu signalés dans les protocoles d'autopsie ; cependant, dans deux de nos observations, nous avons pu mettre en évidence la communication de l'abcès avec les bronches. Dans l'observation XIX, la cavité de l'abcès communique à sa partie supérieure avec l'appareil bronchique, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte par le cathétérisme au stylet. Dans l'observation I, on note un prolongement transversal de la cavité de l'abcès en direction du hile, probablement par la bronche de drainage.

IV. — RAPPORTS DE L'ABCÈS AVEC LES SCISSURES

Dans nos quatre autopsies, l'abcès est toujours situé en plein parenchyme pulmonaire ; il est le plus souvent juxta-scissural, mais jamais intra-scissural.

Dans l'observation I, l'abcès occupe la partie inférieure du lobe supérieur, juste au-dessus de la scissure interlobaire qui est symphysée et épaissie.

Dans l'observation IX, l'abcès siège immédiatement au-dessous de la scissure ; cette dernière, bien visible, présente quelques adhérences lâches.

Dans l'observation X, l'abcès occupe tout le lobe supérieur et descend jusqu'à la scissure, dont les deux feuilletts symphysés sont bien reconnaissables.

Dans l'observation XIX, l'abcès est intra-parenchymateux et les scissures sont indemnes.

Nos cas confirment donc la doctrine en cours à l'heure actuelle : l'abcès du poumon est la règle ; la pleurésie interlobaire l'exception.

Cette formule, énoncée dans toute sa rigueur, ne doit pas faire nier cependant l'existence de la pleurésie interlobaire. Il existe, dans la littérature médicale, des observations anatomo-pathologiques dans lesquelles l'abcès était certainement interlobaire, mais en pareil cas, il existe ordinairement, en plus, un abcès pulmonaire voisin.

M. le Docteur Roubier, dans la thèse de son élève Cornu (Lyon, 1929), en rapporte deux observations démonstratives (Obs. VIII et IX). La première autopsie concerne un malade de son service ; elle permet de découvrir, dans la scissure interlobaire gauche, une cavité du volume d'une mandarine dont les parois sont tapissées de fausses membranes puriformes ; au-dessous de cette cavité, qui est nettement scissurale, la partie supérieure du lobe inférieur est densifiée et en son centre on découvre une deuxième cavité, intrapulmonaire celle-là, du volume d'une noix, à parois irrégulières, déchiquetées et contenant des exsudats purulents.

La deuxième observation anatomo-clinique est due à l'obligeance du Docteur Pallasse. Il existait une poche purulente à paroi lisse située dans la partie de la scissure comprise entre le lobe supérieur gauche et le sommet du lobe inférieur ; cet abcès était certainement interlobaire, car, sur une coupe verticale du pounon intéressant la poche purulente, on ne retrouvait pas la scissure, ni au-dessus, ni au-dessous ; c'est en arrière de l'empyème que l'on découvrait la scissure interlobaire symphysée ; le lobe inférieur hépatisé, surtout dans la partie avoisinant la scissure, présentait plusieurs petits abcès intrapulmonaires contenant du pus mastic ; l'un d'entre eux, communiquant par un pertuis très net avec la poche interlobaire. Mais ces cas d'abcès interlobaires vérifiés à l'autopsie sont rares, et il reste admis que l'abcès intraparenchymateux est la règle.

V. — EXAMEN HISTOLOGIQUE

Au point de vue histologique, on peut distinguer deux zones dans la paroi de l'abcès : *a)* l'une superficielle, épaisse et déchiquetée, constituée par un banc épais de leucocytes et dans laquelle on trouve des néo-capillaires en abondance ; par places, les capillaires rompus laissent échapper les globules rouges dans la cavité ; *b)* l'autre, profonde, franchement fibroïde, formée d'épais trousseaux fibreux et contenant elle aussi de nombreux néo-vaisseaux.

Nous retrouvons, dans l'observation XIX, l'existence des lésions vasculaires notées ci-dessus.

La sclérose du parenchyme pulmonaire voisin nous retiendra davantage.

Cette réaction du tissu conjonctif, qui serait, suivant les idées classiques, l'apanage des affections chroniques, peut s'observer, comme en témoignent nos observations, au cours d'abcès de date relativement récente.

Dans l'observation X, où l'abcès a évolué en un mois et demi, la paroi est constituée par un tissu fibreux, organisé, dont les parties superficielles sont en voie de nécrose.

Dans l'observation I, où l'abcès remonte à un mois seulement, l'examen histologique montre une sclérose assez importante du parenchyme avoisinant, avec un processus d'organisation fibroïde du contenu alvéolaire ; alors qu'au contraire, dans l'observation XIX, où l'abcès date de plusieurs mois, le microscope ne révèle pas de sclérose nette, mais simplement des signes d'inflammation subaiguë du parenchyme pulmonaire sans véritable organisation conjonctive. L'intensité de la sclérose n'est donc pas toujours en rapport direct avec l'ancienneté de la suppuration.

Signalons toutefois que dans l'observation IX, l'abcès intra-pulmonaire, datant de plusieurs mois, a déterminé autour de lui une véritable coque fibreuse, dense, richement vascularisée ; dans celle-ci, on trouve très peu d'éléments inflammatoires, mais par contre, il existe, au voisinage de la cavité, un aussi grand nombre de néo-formations alvéolaires à épithélium cubique, rappelant celles que l'on rencontre au cours de la dilatation des bronches ou de la syphilis pulmonaire.

CHAPITRE IV

Symptomatologie et formes cliniques

I. — Symptomatologie

Schématiquement, un abcès du poumon passe par trois phases :

1° Tout d'abord, une phase de *constitution*, au cours de laquelle jamais l'abcès n'est soupçonné. Cette phase n'a ordinairement aucune expression clinique, ou bien elle s'identifie à la maladie pulmonaire causale (pneumonie par exemple).

2° Puis, une phase d'ouverture bronchique caractérisée par la vomique, infiniment variable dans sa date d'apparition et ses modalités.

3° Enfin, une troisième phase d'évacuation bronchique dont le symptôme essentiel est constitué par l'expectoration purulente plus ou moins abondante, et dans laquelle les signes pathognomoniques sont fournis par l'examen radiologique, alors que les signes d'auscultation, variables et inconstants, n'ont le plus souvent aucune signification positive.

Nous allons, à l'aide de nos observations, étudier en détail chacune de ces phases.

A. — PHASE DE CONSTITUTION DE L'ABCÈS
(PHASE DE DÉBUT)

Dans le plus grand nombre des cas, on assiste à un début aigu. Les signes fonctionnels sont ceux d'une affection pulmonaire aiguë avec expectoration gommeuse, légèrement rouillée, point de côté plus ou moins violent et température élevée. Rarement l'affection revêt le tableau d'une pneumonie franche ; le plus souvent on est en face d'une pneumopathie aiguë mal définie et les malades entrent à l'hôpital avec les diagnostics de congestions pulmonaires, de bronchites traînantes, de grippe, comme en témoignent les observations V, VI, XI, XII, XX.

Dans l'observation VII, la malade, à la suite d'une intervention abdominale, présente une pneumonie qui ne fait pas sa défervescence. Dans les observations XIII et XIV, on pense également à une pneumonie ; mais on ne trouve pas les signes caractéristiques de l'affection, en particulier le souffle tubaire.

D'autres fois l'affection débute brusquement après l'ouverture spontanée d'un abcès amygdalien (Obs. VII), ou bien l'intensité des signes généraux fait penser à une fièvre typhoïde, et ce n'est que secondairement que la constatation de signes anormaux à la base droite attire l'attention vers le poumon (Obs. XVIII).

Mais quelquefois le début est plus lent, plus imprécis, peu franc : la fièvre est peu élevée (38°), le malade tousse et maigrit. L'abcès débute alors d'une manière imprécise chez un vieux tousseur emphysé-

mateux (Obs. III), ou bien le tableau clinique fait penser à une bacillose pulmonaire au début (Obs. IX, XV, XVI), ou bien encore le malade entre à l'hôpital pour œdème de la jambe, toux, expectoration, fièvre légère (Obs. XIX).

B. — LA VOMIQUE

C'est le signe caractéristique. Elle révèle l'abcès du poumon. « On n'est certain de l'existence de l'abcès pneumonique que lorsqu'on a sous les yeux le pus expectoré : c'est dans le crachoir que se fait le diagnostic d'abcès pulmonaire », écrit Dupré (*Manuel de Médecine* de Debove et Achard).

Trousseau insiste sur la précocité et le peu d'abondance de la vomique dans l'abcès pulmonaire, l'opposant ainsi à la vomique pleurale.

Rarement, chez nos malades, la vomique a été très nette, assez abondante.

Nous pouvons citer :

L'observation IV : vomique assez abondante, au moment où l'on doit opérer le malade.

L'observation VIII : plusieurs vomiques successives survenant chacune après un abcès amygdalien.

L'observation XIV : vomique très nette huit jours après le début de l'affection.

L'observation XVIII : vomiques répétées abondantes survenant assez longtemps après le début de la maladie.

L'observation XXI : vomique abondante quinze jours après le début.

Le plus souvent, la vomique est peu nette, très fractionnée ; cette éventualité s'est produite dans les deux tiers de nos cas. L'évacuation de l'abcès se fait lentement, progressivement, l'expectoration de moyenne abondance persistant de quinze jours à trois semaines. Le malade, sans transition, est devenu cracheur de pus.

C. — PHASE D'ÉVACUATION PURULENTE

Souvent le malade n'est vu qu'à cette période. On constate alors :

- a) des signes fonctionnels et généraux ;
 - b) des signes physiques ;
 - c) des signes radioscopiques.
- a) *Signes fonctionnels et généraux.*

Le malade souffre d'un point de côté d'intensité variable ; il présente un peu de dyspnée, de la fièvre ; il tousse et crache du pus.

Cette expectoration purulente est variable en quantité d'un jour à l'autre ; elle est continue ou intermittente, se fait tantôt sous forme de vomiques espacées, tantôt d'une façon absolument continuelle. Elle est variable suivant les moments, survient en général sans horaire fixe, et est fréquemment influencée par la position du malade, d'où l'idée de drainer par une position adéquate.

Elle peut être fétide ou non suivant les cas.

Nous trouvons chez nos malades :

1° expectoration jamais fétide (Obs. X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVIII) ;

2° Expectoration d'une fétidité très prononcée (Obs. I, III, IV, V, VI, VIII, IX, XX, XXI) ;

3° expectoration d'une fétidité peu prononcée, intermittente, variable (Obs. II, VII, XVI, XVII, XIX).

En somme, sur nos 21 malades, 7 ne présentent pas de fétidité, 9 une fétidité très prononcée et 5 une légère fétidité. Dans les deux tiers des cas (soit 14) l'expectoration est donc fétide.

Cette fétidité peut subir des recrudescences, mais elle n'est jamais véritablement gangreneuse. Sergent la compare à une « odeur de gaz d'égout ». Elle est tolérable et n'oblige pas à isoler loin de la salle commune les malades qui en sont atteints.

L'expectoration purulente se dépose habituellement en deux couches dans le crachoir : l'une inférieure, épaisse, jaune verdâtre ; l'autre supérieure, aérée, mousseuse.

En cas de vomique, l'expectoration devient uniquement purulente, franchement « purée de pois ». Enfin, lorsque l'abcès tend vers la guérison, on peut n'observer que de simples crachats purulents, isolés, nummulaires.

Il est à noter que, lorsqu'il y a fétidité des crachats, l'haleine est généralement plus fétide que l'expectoration elle-même.

Les hémoptysies vraies sont assez rares. Nous n'en avons observées que dans deux cas (Obs. XIV, Obs. XVI). Ce furent de petites hémoptysies qui se répétèrent à deux ou trois reprises.

Dans l'observation XIX, nous avons noté une expectoration fétide, hémoptoïque, de couleur brun chocolat.

L'examen bactériologique de l'expectoration a toujours été pratiqué chez nos malades. Le plus souvent on trouve une flore polymicrobienne très variée (pneumocoques, streptocoques, pneumobacilles, cocci divers). Ex. (Obs. II, VIII, XV, XVI, XVII).

Dans l'observation I : cocci, bacilles à Gram positif ou négatif, fuso-spirilles.

Dans l'observation XIII : pneumocoques à l'état pur.

Dans l'observation XII : prédominance des streptocoques.

Dans les observations IX et XIX : prédominance des pneumobacilles.

Dans l'observation XVII : association de streptocoques et d'entérocoques.

Dans l'observation XX : streptocoques et fuso-spirilles.

L'examen de l'expectation, dans les observations IV, V, XXI, a montré des anaérobies (*bacillus ramosus*, *funduliformis*, *micrococcus catarrhalis*, *staphylococcus parvulus*, bacilles à Gram négatif).

On trouve parfois des modifications de la flore microbienne chez un même malade, à différents examens. Dans l'observation XIV, un premier examen montre de nombreux pneumocoques, quelques streptocoques et tétragènes ; un deuxième examen, pratiqué deux mois plus tard, révèle de nombreux streptocoques, de rares pneumocoques et tétragènes.

On peut se rendre compte, par ce rapide exposé, de la multiplicité des agents microbiens trouvés dans l'expectation. Nous verrons plus loin si ces données bactériologiques importent pour le pronostic.

Parmi les signes généraux, c'est évidemment la courbe thermique qui retiendra le plus notre attention.

Elle est variable suivant les cas et il est impossible de lui fixer un caractère précis. Une chute brusque de la température accompagne habituellement une vomique. C'est ainsi que dans les observations VIII et XIV, la courbe thermique présente des poussées fébriles successives, entrecoupées d'accalmies consécutives à des vomiques. Dans d'autres cas, la courbe de température baisse progressivement, pour revenir peu à peu à la normale, ou bien elle se maintient élevée et prend alors, parfois, le caractère oscillant des fièvres qui accompagnent une suppuration.

b) *Signes physiques.*

D'après les données classiques, après l'ouverture de l'abcès dans les bronches, on devrait entendre des signes cavitaires : souffle tubo-creux, râles humides à grosses bulles, éclat de la toux, etc. C'est du moins ce que l'on enseignait autrefois, à propos de la pleurésie interlobaire, ouverte dans les bronches. En réalité, il n'y a rien d'aussi difficile que l'interprétation des signes physiques, que l'on perçoit dans la poitrine à cette phase de l'abcès.

Chez nos malades, nous n'avons constaté que peu souvent des signes cavitaires relativement nets. Exemples :

Observation I : Souffle inspiratoire et expiratoire et nombreux râles caverneux.

Observation II : Signes amphoriques au niveau de l'aisselle gauche.

Observations X et XVII : Râles confluents localisés.

Observation XXI : Souffle inspiratoire à timbre creux à la partie moyenne du poumon droit avec quelques râles.

Dans d'autres cas, le malade présente des signes pseudo-pleurétiques à une base. Exemples :

Observation XIII : Matité du tiers inférieur, abolition des vibrations, souffle expiratoire doux.

Observation XVIII : Matité franche de la base, râles fins inspiratoires, frottements pleuraux expiratoires.

La constatation de ces signes d'épanchement incite à pratiquer une ponction exploratrice qui reste négative.

Le plus souvent, les signes physiques sont très discrets ; on peut constater : soit une zone exigüe, soit quelques râles fins inspiratoires, soit simplement des signes de bronchite (Obs. III, IV, V, VI, VII, VIII, XI, XIV, XV, XIX, XX).

Dans trois de nos observations, les signes sont absolument nuls : l'auscultation est complètement négative. Il s'agit là d'abcès complètement muets cliniquement. Exemples :

Observation IX (abcès hilaire droit) : simple diminution du murmure vésiculaire, ni souffle, ni râles.

Observation XII : Signes de bronchite discrète, sans plus.

Observation XVI (abcès du sommet droit) : quelques sibilances disséminées. Rien de spécial à l'auscultation du sommet droit.

Dans ces cas, en raison de la fétidité de l'expectoration, on pense, malgré l'absence de signes physiques, à l'abcès du poumon ; mais il faut l'examen radiologique pour localiser l'abcès.

Ces faits ne sont pas nouveaux. Cette année encore, MM. Savy et Pichat ont insisté, à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, sur la latence clinique de certains abcès du poumon.

Comment expliquer la variabilité des signes d'auscultation suivant les cas observés ?

Il faut tenir compte d'abord de l'état de condensation du parenchyme pulmonaire avoisinant : « il est, dit Kourlisky, de petits abcès, noyés au sein d'un bloc hépatisé, qui donnent les plus nets et les plus francs des signes cavitaires, sans qu'aucune image de caverne unique soit révélée. »

Ensuite, les caractères de l'abcès lui-même doivent être pris en considération ; suivant qu'il est unique ou multiple, vide ou rempli, les signes physiques pourront changer ; enfin son siège, profond et superficiel, explique encore cette variabilité.

D'ailleurs, les signes d'auscultation varient souvent d'un jour à l'autre chez le même sujet. Chez le malade de l'observation IX, alors que les signes stéthacoustiques étaient habituellement nuls, on trouva, lors d'un examen, quelques râles discrets qui disparurent les jours suivants. Dans l'observation XVII, on note à certains moments de l'obscurité respiratoire sans râles, à d'autres, des râles humides nombreux. De même dans l'observation XVIII.

Signalons enfin que, dans deux cas (Obs. IV et XXI),

on a cru percevoir la succussion hippocratique. Celle-ci peut s'entendre parfois dans ces grandes cavités purulentes intrapulmonaires, lorsque le pus n'est pas trop épais, mais elle est toujours bien moins nettement perceptible que dans les pyo-pneumothorax.

c) *Signes radioscopiques et radiographiques.*

Au début, à la phase de la constitution de l'abcès, on observe à l'écran une zone d'opacité plus ou moins dense, à contours mal définis, d'étendue variable, occupant soit la base (Obs. XVIII, XX), soit la région hilare (Obs. XI, XII, XIII).

Dans les premiers cas, la zone d'opacité à contours indécis siège au-dessus du diaphragme ou du sinus costo-diaphragmatique.

Dans les seconds cas (Obs. XI par exemple), on note, à la partie moyenne du champ pulmonaire gauche, une zone sombre, avec, en son centre, une partie plus claire, qui fait prévoir l'apparition de l'image hydro-aérique, lors d'un examen ultérieur.

Cette zone d'opacité, est en général, de forme irrégulière et ne rappelle pas le triangle pneumonique.

Puis, lorsque l'ouverture bronchique s'est produite, on observe l'*image hydro-aérique*, signe radiologique caractéristique de l'abcès du poumon.

Dans le champ pulmonaire atteint, au milieu d'une zone sombre qui correspond à l'hépatisation, apparaît une trouée arrondie, claire dans sa moitié supérieure, opaque dans sa partie inférieure, dont la teinte noire d'encre fait contraste avec la grisaille périphérique. Entre ces deux zones existe une ligne de niveau qui est mobile, se déplace avec les mouve-

ments du tronc et peut même fluctuer avec les secousses qu'on imprime à celui-ci. Le plus souvent, le grand axe de cette poche est vertical.

Cette image est à peu près constante ; elle manque rarement ; mais il faut parfois la rechercher avec soin.

Dans certains cas, c'est une grande et belle image hydro-aérique ; par exemple :

Observation IV : A la partie supérieure du champ pulmonaire droit, on voit une zone opaque transversale, limitée, en bas, par un contour régulier et, en haut, par une ligne horizontale, mobile quand on remue le sujet.

Observation X : Belle image hydro-aérique sous la clavicule gauche.

Observation XI : Même image à la partie moyenne du poumon gauche ; le niveau horizontal est très mobile, la poche gazeuse est limitée en haut par un contour arrondi très net ; il en est de même pour la partie liquidienne.

Observations XV et XX : Images hydro-aériques très nettes à la partie moyenne du poumon droit (Obs. XV) et à la base droite (Obs. XX).

Dans d'autres cas, l'image hydro-aérique est moins grande, mais elle est très nette, facile à voir à la radioscopie et sur le film. Exemples :

Observation III : Image hydro-aérique près du bord du cœur.

Observations XII et XIII : Même image, très nette, à la partie moyenne du poumon droit (Obs. XII) ou près du hile droit (Obs. XIII).

Observation XVI : Zone d'opacité dans la région sous-claviculaire droite, au milieu de laquelle on voit nettement une ligne de niveau horizontale mobile avec les mouvements du tronc.

Observation XIX : Image hydro-aérique sus-diaphragmatique droite.

Observation XXI : Image hydro-aérique juxta-hilaire.

Mais parfois, l'image hydro-aérique est peu nette, difficile à voir (Obs. I, II, VI, VII, XIV, XVII, XVIII).

Dans l'observation VIII, on n'a pas trouvé d'image hydro-aérique nette ; l'examen radioscopique n'a révélé que de nombreuses taches dans la moitié inférieure du champ pulmonaire droit avec un sinus costo-diaphragmatique soudé (et cependant, le diagnostic d'abcès du poumon n'est pas douteux, étant donné les vomiques répétées qu'a présenté la malade).

Dans les cas de ce genre, l'image hydro-aérique peut n'être visible qu'à la radioscopie et ne pas apparaître, ou très difficilement, sur le film (Obs. XIV, XVII, XVIII). C'est que les images ne sont souvent visibles que sous une certaine incidence, que la radiographie n'est pas intéressée. Il faut alors, pour les faire apparaître, examiner le malade dans plusieurs positions différentes, particulièrement en oblique, ou de profil, et ceci en mobilisant l'ampoule. En employant cette manière de procéder, nous avons pu voir nettement une image hydro-aérique chez le malade de l'observation XVIII, que de nombreux films n'ont pu arriver à mettre en évidence.

On doit enfin noter la variabilité de ces images suivant les moments. Lorsque la cavité est vide (après une vomique), le niveau liquide disparaît. On se trouve en présence d'une zone claire arrondie dans une partie sombre (Obs. IX et XXI).

Evolution de l'image radiologique. — Dans les cas à évolution favorable, l'image radiologique disparaît progressivement ; on peut suivre cette évolution dans nos observations XII, XIII, XVI et XXI. On constate alors que l'image hydro-aérique, très nette au début, diminue de netteté ; le niveau liquidien tranche moins sur la grisaille pulmonaire avoisinante, les contours arrondis de l'abcès s'estompent peu à peu. Tout autour de l'image, la zone condensée s'éclaircit et il n'est bientôt plus possible de distinguer, au milieu de la zone floue, le point où se trouvait exactement l'abcès. Au bout de quelques jours, l'éclaircissement s'accroît encore ; il persiste quelques taches ou quelques trabéculations discrètes ; parfois même, on ne voit plus rien d'anormal. Par exemple, dans l'observation XXI, où la restitution ad integrum se fait en l'espace d'un mois. A propos de cette observation, nous insistons sur le remaniement parfois rapide, en quelques jours, des images radiologiques.

L'examen lipiodolé, pratiqué une fois chez un de nos malades (Obs. XVII), a confirmé la doctrine classique, à savoir : que le lipiodol ne pénètre pas dans les abcès du poumon. Aussi, considérons-nous ce moyen d'investigation comme inutile en pareil cas.

d) *La ponction exploratrice.*

Il est souvent difficile de trouver la poche ; aussi,

en raison des possibilités d'infection pleurale, ne devra-t-on recourir à cette ponction que dans les grands abcès et toujours après repérage sous l'écran.

Chez trois de nos cas, cette ponction fut positive.

Observation IV : La ponction, faite en pleine zone mate, le long du bord interne de l'omoplate, ramène du pus fétide, dont on retire plusieurs seringues.

Observation XIII : La ponction, après repérage sous l'écran, ramène du pus franc, dont on retire 70 cc. Cette petite évacuation semble avoir amorcé la guérison.

Observation XXI : Après plusieurs tentatives, la ponction ramène 10 cc. de pus.

Nous avons toujours fait pratiquer l'examen bactériologique de ce pus. Il renseigne mieux, sur les microbes en cause, que le simple examen des crachats. Dans les observations IV et XXI, la culture du pus met en évidence des bacilles anaérobies.

2. — Formes cliniques

Nous pouvons distinguer des formes cliniques suivant :

- A) le siège (formes topographiques).
- B) les symptômes (formes symptomatiques).
- C) l'évolution (formes évolutives).
- D) l'étiologie (formes étiologiques).

A. — FORMES TOPOGRAPHIQUES

Celles-ci peuvent présenter un intérêt au point de vue chirurgical. On peut distinguer :

a) *des abcès de la base* (ou sus-diaphragmatiques),
exemples : Obs. VIII, XIV, XIX, etc.

b) *des abcès du sommet* (ou sus-scissuraux), apparaissant radiologiquement sous la clavicule (Obs. I, VI, XVI).

c) *des abcès centraux* (ou juxta-hilaires) (Obs. IX, XI, XII, XIII, XV, XXI).

d) *des abcès corticaux* (ou superficiels, ou juxta-axillaires) (Obs. II, V).

B. — FORMES SYMPTOMATIQUES

Elles sont basées sur les modifications des symptômes ou la prédominance de l'un d'entre eux.

On pourrait multiplier ces formes à l'infini. Nous avons déjà parlé des abcès cliniquement muets, ce qui permettrait d'individualiser des formes latentes : nous n'y reviendrons pas.

Par contre, les caractères de l'expectoration nous permettront de distinguer :

a) des abcès simples ou non fétides ;

b) des abcès fétides ou putrides.

a) *Les abcès simples ou non fétides*, appelés parfois à tort abcès pneumoniques — le pneumocoque est loin d'être toujours en cause — se rencontrent sept fois dans notre statistique. Exemples :

Observations X, XI, XII (nombreux streptocoques, rares pneumocoques dans les crachats).

Observation XIII (pneumocoques à l'état pur).

Observations XIV, XV (pneumocoques, streptocoques, pneumobacilles).

Observation XVII (streptocoques, entérocoques).

Dans tous les cas, l'expectoration est purulente, mais ne présente pas de fétidité.

b) *Les abcès fétides ou putrides* sont appelés souvent, à juste titre, abcès gangréneux, si l'on se reporte à la définition donnée au début de ce travail : foyer de gangrène localisée avec transformation purulente ; ils seraient plus fréquents dans notre statistique (14 cas).

En plus des microbes banaux (pneumocoques, streptocoques, pneumobacilles), on trouve, dans les observations I, IV, V, VI, XX et XXI, des agents anaérobies (*micrococcus catarrhalis*, *bacillus ramosus*, *funduliformis*), qui expliquent la fétidité.

Cette division en abcès simples et abcès gangréneux est absolument fondamentale pour quelques auteurs (Léon-Kindberg, Kourlisky), qui étudient ces deux variétés dans deux chapitres absolument distincts.

Pour nous, cette distinction n'est pas aussi importante qu'on le croit, parce que, dans l'une et l'autre forme, mis à part ce caractère particulier de l'expectoration, le reste de la symptomatologie, l'évolution et, comme nous le verrons ultérieurement, le pronostic, sont sensiblement les mêmes.

C. — FORMES ÉVOLUTIVES

L'évolution des abcès du poumon est très variable ; aussi pouvons-nous distinguer successivement les formes suivantes :

a) *Formes aiguës rapidement mortelles.* — L'observation X en est un exemple ; encore que, dans ce cas, le diabète coexistant donnait à la symptomatologie un caractère moins aigu qu'habituellement en pareil cas.

Cette forme se caractérise par des signes généraux graves. Température à 40°, prostration, somnolence, vomissements, signes traduisant en somme un véritable état septicémique. En l'espace de quinze jours, tout le lobe supérieur du poumon gauche (Obs. X) est transformé en une vaste cavité constatée radiologiquement, puis anatomiquement. Enfin, l'évolution se fait irrémédiablement vers la mort dans un laps de temps assez court (8 à 15 jours en moyenne).

Dans ces cas, le diagnostic d'abcès du poumon n'est parfois fait qu'à l'autopsie, la vomique n'ayant pas eu le temps d'apparaître.

b) *Formes aiguës curables évoluant spontanément et progressivement vers la guérison.* — Ces formes sont très fréquentes. On assiste à une disparition progressive des signes fonctionnels et généraux.

Il est des cas où, après une vomique unique, l'expectoration se tarit progressivement ; la toux diminue, la température redescend lentement à la normale ; les signes physiques (matité, râles humides), eux aussi disparaissent.

L'examen radiologique enfin apporte une preuve objective de la guérison. Que l'on en juge par l'examen de quelques films.

La guérison complète est obtenue un mois et demi après le début dans l'observation XII (planche II) :

Observation XII. — Le 3 octobre, un premier film

montre à la partie moyenne du champ pulmonaire droit une image hydro-aérique, peu nette il est vrai, mais suffisante pour qu'on puisse affirmer l'existence d'un niveau liquidien.

Le 14 octobre, sur un nouveau film, l'image hydro-aérique n'est presque plus visible ; on note simplement une opacité du parenchyme à cet endroit.

Le 31 octobre, puis le 11 décembre, amélioration progressive de l'image radiologique.

Dans les observations IV, VI, XXI, la guérison est obtenue en deux mois.

Observation XXI (planche VI). — Le 2 juin, sur un premier film radiographique, opacité dense à la base pulmonaire droite ; à la partie supérieure de cette zone opaque, ligne de niveau horizontale, mobile, située à la partie moyenne de l'hémithorax ; au-dessus d'elle, poche gazeuse dont les contours manquent de netteté.

Le 13 juin, sur un deuxième film, persistance de l'image hydro-aérique dans la région hilare droite ; l'opacité de la base droite semble moins prononcée.

Le 29 juin, sur un troisième film, éclaircissement considérable du champ pulmonaire droit, dont les lésions sont en voie de disparition ; il persiste une exagération de l'ombre hilare droite.

Le 17 juillet, sur un quatrième film, guérison radiologique.

Il faut compter deux mois et demi pour obtenir la guérison dans les observations II, VI, VII, XIII, XVI.

Exemple : Observation XIII (Planche III) :

Le 10 novembre, sur un premier film, image hydro-

aérique nette dans la région juxta-hilaire droite, avec ligne de niveau parfaitement horizontale, au-dessus d'elle zone gazeuse nettement visible, en-dessous zone opaque.

Le 23 novembre, sur un deuxième film, l'opacité pulmonaire s'est un peu éclaircie ; l'image hydro-aérique persiste ; la poche gazeuse paraît plus allongée verticalement, ce qui fait supposer une diminution de la quantité du liquide.

Le 3 décembre, sur un troisième film, l'opacité pulmonaire avoisinante est moins prononcée que sur les films précédents ; l'image hydro-aérique persiste très nette.

Le 10 décembre, sur un quatrième film, l'opacité a considérablement diminuée ; l'image hydro-aérique n'est plus visible ; on voit seulement une image arrondie, très claire en son centre.

Par la suite, guérison complète constatée à la radioscopie.

c) *Formes à rechutes successives finissant par aboutir à la guérison.* — Ces formes sont représentées par les observations VIII et XIV.

Dans la première (Obs. VIII), l'évolution de l'affection se fait en deux mois et demi ; elle est entrecoupée de rechutes successives, annoncées par une ascension thermique, bientôt suivie de la vomique libératrice, le 9 avril, qui se répètera le 20 et le 24 avril. La guérison clinique et radioscopique est cependant complète vers le 20 mai. Il est à noter que ces rechutes successives se produisent à la suite de l'évacuation d'un abcès amygdalien.

Dans la seconde (Obs. XIV), l'évolution dura six mois.

A la suite d'une sinusite, la malade présente une affection pulmonaire aiguë, à allure pneumonique, qui ne fait pas sa preuve. La température reste élevée jusqu'au moment où une vomique fait retomber la courbe à la normale (septembre). Pendant trois mois consécutifs on constate des phases de température élevée lorsque l'expectoration purulente diminue de quantité, suivies de périodes opposées lorsque la vomique s'est produite. Peu à peu, les vomiques — ou plus exactement l'expectoration purulente — diminuent et, actuellement, la malade est en parfait état.

d) *Formes à évolution chronique.* — Au bout de deux à trois mois, malgré les traitements médicaux employés (auto-vaccinothérapie, sérothérapie anti-gangréneuse, pneumothorax thérapeutique, etc.), aucune amélioration ne se produit.

La courbe de température est toujours irrégulière, capricieuse ; l'expectoration persiste, avec des recrudescences de fétidité. Les signes d'auscultation restent ce qu'ils étaient au début : c'est-à-dire éminemment variables suivant le cas, mais le plus souvent discrets ; les films radiographiques montrent toujours une zone d'opacité qui ne s'éclaircit pas d'un examen à l'autre, et la persistance de l'image hydro-aérique. Parfois même, les signes généraux s'aggravent : fièvre hectique, anorexie, sueurs, mauvais état général. L'abcès est devenu chronique.

Dans les cinq observations d'abcès chronique que nous allons rapporter, remarquons d'abord que, dans

quatre d'entre elles, l'expectoration était fétide et que l'on pouvait véritablement parler d'abcès putrides ou gangréneux, tels que les décrit Kourlisky.

Exemples : Observation IX. — L'évolution dure six mois. Elle se termine par une intervention chirurgicale (phrénicectomie et thoracoplastie extrapleurale), laquelle se complique dans les deux jours suivants d'une pneumonie du côté sain, rapidement mortelle. Avant de recourir à l'intervention, les divers traitements essayés (auto-vaccinothérapie, sérothérapie antigangréneuse, tentative de pneumothorax, injection d'émétine), avaient semblé, au moment où ils étaient administrés, produire une sédation des symptômes ; mais bientôt réapparaissaient fièvre, toux et expectoration fétide. Les divers examens radiographiques ne montraient aucun changement : l'image hydro-aérique persistait immuable. L'amaigrissement et l'état général médiocre du malade incitaient à tenter l'intervention.

Observation XVIII. — L'évolution ici est entrecoupée de rechutes. On assiste à des poussées thermiques et à des vomiques répétées (31 octobre, 15 novembre, 17 décembre, 5 janvier), entre lesquelles s'intercalent des périodes d'accalmie relative : la courbe de température est alors régulière, les signes physiques s'améliorent jusqu'au moment où une nouvelle rechute survient. Cette évolution dicte l'indication opératoire (phrénicectomie et thoracoplastie basse).

Observation XIX. — L'abcès, dans l'espace de quatre mois, passe à la chronicité. Malgré tous les trai-

tements employés (émétine, auto-vaccin, injection d'alcool, etc.), aucune amélioration clinique et radiologique ne survient.

Observations XVII et XX. — Ce sont des abcès chroniques invétérés. La première observation concerne un malade crachant périodiquement du pus et présentant des poussées fébriles depuis plus de treize ans. Dans la seconde, le début de l'affection remonte à deux ans, et la symptomatologie est toujours la même, sans aucune amélioration. Ces deux malades ont été confiés au chirurgien.

D. — FORMES SUIVANT L'ÉTIOLOGIE

Nous envisageons dans ce travail uniquement les abcès primitifs ou en apparence primitifs.

Ainsi que nous l'avons dit précédemment, nous éliminons donc de notre description les abcès secondaires à d'autres affections pulmonaires (kyste hydatique, infarctus, néoplasme du poumon, ou à des affections du voisinage : néoplasme de l'œsophage par exemple).

Kourlisky, et à sa suite Léon-Kindberg, décrivent des formes cliniques des abcès du poumon suivant l'agent microbien en cause. On parle ainsi d'abcès à pneumocoques, d'abcès à streptocoques, d'abcès à pneumobacilles. Il nous semble difficile de créer ainsi des formes cliniques aussi nombreuses. L'examen bactériologique, nous le verrons plus loin, peut servir parfois au pronostic, mais non à l'individualisation de formes cliniques différentes : d'ailleurs, le plus

souvent, notre statistique en fait foi, on se trouve en présence non d'un microbe déterminé, mais d'une association de germes pathogènes.

Seule, une variété étiologique paraît bien avoir son individualité clinique : *l'abcès amibien*.

Cet abcès dysentérique du poumon peut, et c'est même l'éventualité la plus fréquente, être secondaire à une hépatite amibienne généralement suppurée ; ou bien l'abcès du poumon peut paraître primitif, l'atteinte intestinale initiale ayant passé complètement inaperçue.

Cliniquement, l'abcès amibien se présente sous deux types : le type pseudo-tuberculeux, avec cachexie, évolution progressive, hémoptysies fréquentes, et le type aigu d'allure « pleurésie interlobaire ». Radiologiquement, on constate une image hydro-aérique avec, presque toujours, réaction pleurale, épanchement, déformation diaphragmatique et soudure du sinus costo-diaphragmatique. La ponction exploratrice, quand elle réussit, montre un pus visqueux, chocolat, en tous cas *stérile*. Il ne faut pas compter sur la constatation de l'amibe par l'expectoration et le pus. Mais le symptôme essentiel est la réaction rapide, quasi-immédiate et objectivée par l'écran, au traitement spécifique (cas de Lemierre et Kourlisky), d'où le conseil donné par Léon-Kindberg de toujours essayer le traitement éméтинien en face d'un abcès dont l'étiologie est indéterminée.

Notre statistique ne comporte aucun cas manifeste d'abcès amibien. Le seul de nos 21 malades, chez lequel ce diagnostic pouvait être porté, est celui de

l'observation XIV. Ce malade était, en effet, un *ancien dysentérique*. Aussitôt l'abcès pulmonaire diagnostiqué, la recherche des amibes dans les crachats frais fut pratiquée (Docteur Morénas) ; elle resta négative. Ce résultat négatif ne permettant pas, nous l'avons vu, d'éliminer l'amibiase, on institua un traitement émétinien intensif qui resta sans résultat. Un auto-vaccin n'amena pas non plus d'amélioration appréciable et l'abcès passa à la chronicité. Par la suite, et consécutivement à l'intervention chirurgicale (pneumotonie), ce malade présenta des troubles intestinaux (diarrhée, hémorragie) pour lesquels on put encore suspecter l'amibiase et administrer de l'émétine. Il s'agissait en réalité d'une cirrhose au début ; celle-ci se confirma par la suite (apparition de l'ascite nécessitant plusieurs paracentèses) et amena la mort. L'autopsie ne fit découvrir aucune lésion pouvant être rapportée à l'amibiase.

CHAPITRE V

Diagnostic

Le plus souvent, il est facile de faire le diagnostic d'abcès du poumon.

Les principaux éléments de ce diagnostic sont constitués par :

a) le début aigu ou subaigu, avec fièvre et parfois véritable état septicémique ; dans un de nos cas (Obs. XVIII), on avait tout d'abord songé à la dothi-
nentérie ;

b) l'apparition d'une expectoration purulente, abondante, fétide ou non, se traduisant parfois sous forme d'une véritable vomique ;

c) la constatation de signes physiques cavitaires, mais ceux-ci sont inconstants ;

d) surtout, la constatation radiologique d'une cavité hydro-aérique intra-pulmonaire, ou d'un contour cavitaire barré par un niveau horizontal mobile.

En cas de doute, il faudra répéter les examens à l'écran dans des positions différentes, et en particulier en position latérale : le passage d'une position à l'autre permet de mieux délimiter les contours cavitaires et de mieux fixer le siège de l'abcès. On reverra

le malade à quelques jours d'intervalle et on prendra des clichés en série.

Cet examen peut être complété par l'injection intratrachéal de lipiodol. En réalité, le lipiodol n'injecte pas le foyer et arborise simplement les bronches autour de celui-ci, en l'isolant.

Nous citons pour mémoire, car nous n'en avons pas l'expérience, les explorations lipiodolées, faites par l'intermédiaire du bronchoscope, après aspiration préalable.

e) enfin, dans certains cas, la ponction exploratrice, pratiquée après repérage sous l'écran.

On aura parfois à éliminer :

a) certaines formes de tuberculose pulmonaire ; la présence de bacilles de Koch dans l'expectoration lèvera tous les doutes en pareil cas.

b) le kyste hydatique suppuré. Ce diagnostic s'est posé dans l'observation XVIII, à un moment où l'on constatait à l'écran une image à contour sphérique, avec réaction de Casoni positive. Dans la réalité, la suite de l'observation montra bien qu'il ne s'agissait pas d'un kyste hydatique, comme on avait pu le supposer à un moment.

c) le cancer du poumon dans sa forme aiguë, fébrile, suppurée, fétide ou non, ou dans sa forme caverneuse. On constate rarement, en pareil cas, la symptomatologie caverneuse classique : le plus souvent la caverne cancéreuse reste muette à l'auscultation. L'expectoration aurait un caractère plus hémorragique, elle est souvent briquetée ; l'examen radioscopique

montre, au milieu d'une zone d'opacité dense, une image hydro-aérique qui va en s'agrandissant progressivement.

d) les abcès du voisinage propagés au poumon ; abcès consécutifs à un cancer œsophagien par exemple. Le diagnostic est parfois difficile, si la dysphagie est peu marquée, le cancer œsophagien initial pouvant alors passer inaperçu.

Le diagnostic est également facile avec les pleurésies, ou le pyo-pneumothorax de la grande cavité ; mais il peut présenter parfois des difficultés avec :

- A) la pleurésie interlobaire ;
- B) la dilatation des bronches.

A. — DIAGNOSTIC AVEC LA PLEURÉSIE INTERLOBAIRE

Nous l'avons déjà dit, les cliniciens contemporains (Léon-Kindberg, Sergent, Kourlisky, Roubier), considèrent l'épanchement enkysté de l'interlobe comme très rare ; certains même (Rist) en nient l'existence. Cornu, dans sa thèse inspirée par le Docteur Roubier, montre cependant que la pleurésie interlobaire existe. Il en rapporte quelques observations indiscutables, vérifiées à l'autopsie, et insiste sur les caractères cliniques et radiologiques qui permettraient de distinguer la pleurésie interlobaire et l'abcès du poumon.

Trousseau indiquait, comme signes distinctifs, les caractères de la vomique : dans la pleurésie interlobaire, celle-ci serait plus tardive dans son apparition (30 à 40 jours après le début) ; cette notion, jointe à l'existence de la matité suspendue et au résultat positif de la ponction exploratrice, permettrait d'établir le diagnostic.

Les signes radiologiques différentiels semblent plus importants :

Béclère, le premier, insiste sur la nécessité de faire varier l'incidence des rayons pour explorer la scissure.

Pour Paisseau et Salomon, l'image hydro-aérique aurait son grand axe, vertical en cas d'abcès, et son grand axe, horizontal en cas de pleurésie interlobaire.

Lanos décrit une image en fuseau, qui correspond à la scissure, et dont il fait un signe de certitude de la pleurésie interlobaire.

Suivant Beltz et Kaufmann, la limite inférieure de la zone opaque aurait un contour curviligne, arciforme, dans le cas de pleurésie interlobaire ; rectiligne en cas d'abcès.

Récemment, Garin et Bernay ont donné, comme autre signe radiologique distinctif, le fait que, dans l'abcès du poumon, l'ombre n'atteint ni le hile, ni la paroi thoracique, tandis que dans la pleurésie interlobaire, l'ombre barre tout le poumon.

Nous concluons en disant qu'en présence d'une image hydro-aérique au milieu du champ pulmonaire, on ne peut faire le diagnostic de façon certaine entre pleurésie interlobaire ou abcès du poumon ; il n'y a pas de signes distinctifs absolument pathognomoniques, et il nous paraît impossible de dire, cliniquement et radiologiquement, si le foyer purulent est pleural ou pulmonaire.

D'ailleurs, la distinction entre abcès pulmonaire et pleurésie interlobaire n'est qu'une simple question doctrinale, sans intérêt pratique évident ; il nous suffit

de savoir, comme le dit Sergent, que la suppuration siège dans la région scissurale.

Peut-être, quelques-uns des cas rapportés dans cette thèse ont-ils été des pleurésies interlobaires ? C'est peu probable, car l'abcès du poulmon est la règle ; mais, si cela était, la conduite à tenir n'eût pas changé.

B. — DIAGNOSTIC AVEC LA DILATATION DES BRONCHES

Dans beaucoup de cas, le diagnostic est facile cliniquement et radiologiquement.

A priori, abcès pulmonaire et dilatation des bronches sont deux affections bien différentes.

L'abcès du poulmon a un début brusque, il est révélé subitement par une vomique précoce ; l'évolution se fait ensuite par poussées, au moment desquelles l'expectoration augmente d'abondance alors que la courbe thermique s'abaisse.

La dilatation des bronches, au contraire, débute par des épisodes multiples et imprécis, chez d'anciens pulmonaires scléreux, bronchitiques. L'expectoration est particulièrement abondante, matutinale ; elle contraste avec le bon état général du malade. De plus, au moment des poussées de la maladie, on voit la courbe de température et celle des crachats rester parallèle. Le lipiodol, enfin, injecte les broncheectasies, tandis qu'il ne pénètre pas dans les abcès du poulmon.

En pratique, le diagnostic est parfois plus difficile. La dilatation bronchique peut, en effet, survenir au cours de l'évolution de l'abcès pulmonaire et ceci, selon plusieurs modalités :

a) ou bien, il n'y a pas trace de sclérose, et la dilatation bronchique, mise en évidence par le lipiodol, est, avant tout, due à la destruction de l'armature bronchique.

b) ou bien, on a affaire à l'abcès bronchectasique des auteurs américains, dans lequel nécrose putride et sclérose se développeront ensemble, intriqués étroitement dès le début.

c) ou bien, enfin, au cours d'un abcès chronique ou à la suite d'interventions chirurgicales, une sclérose étendue, dense, rétractile se constitue, entraînant secondairement une dilatation mécanique des bronches.

De même, une vieille dilatation bronchique peut se compliquer d'abcès ; on se trouve alors en face de ces bronchectasies chroniques invétérées, bien individualisées par Moulinier, dans sa thèse, et dans ce cas, le départ est souvent difficile à faire entre l'affection primitive qui a déterminé la suppuration pulmonaire, et le rôle joué par la dilatation des bronches.

Il est des cas où l'on ne peut faire d'autre diagnostic que celui de suppuration broncho-pulmonaire chronique, sans préciser davantage (l'interprétation radiologique, après injection de lipiodol, prêtant elle-même à discussion). Ces cas, dont le diagnostic précis est impossible, et dans lesquels, selon toutes probabilités, abcès du poumon et bronchectasies sont étroitement intriqués, nous les avons exclus de la présente statistique.

CHAPITRE VI

Pronostic

Nous allons envisager successivement :

- a) le pronostic des abcès du poumon dans leur ensemble (pronostic global) ;
- b) les éléments de pronostic dans tel ou tel cas particulier.

1. — Pronostic global

Il faut distinguer le pronostic immédiat et le pronostic éloigné.

A. — PRONOSTIC IMMÉDIAT ..

Dans le plus grand nombre des cas, ce pronostic est favorable. Le plus souvent, les signes généraux du début se calment après l'ouverture bronchique, si bien que, dans une certaine mesure, la vomique peut être considérée comme un symptôme de bon augure,

car elle facilite le drainage de la collection suppurée.

Il faut noter, cependant, que des rechutes successives, avec ascensions thermiques et vomiques répétées, peuvent contribuer à faire évoluer un abcès, primitivement aigu, vers la chronicité.

Il existe, néanmoins, des formes graves, rapidement mortelles, d'abcès du poumon ; cette gravité pouvant être déterminée, soit par des phénomènes septicémiques concomitants, soit par l'extension des lésions locales, avec production d'une sorte de phlegmon diffus du poumon, et fonte purulente de tout un lobe (exemple : obs. X). De tels cas, d'ailleurs, ne sont pas très fréquents.

B. — PRONOSTIC ÉLOIGNÉ

Quel est l'avenir du malade ? L'abcès guérira-t-il, ou passera-t-il à la chronicité, entraînant la mort à plus ou moins longue échéance ?

Laënnec et Trousseau ne croyaient pas à la guérison : « Une fois l'abcès formé, disent-ils, notre intervention ne saurait avoir prise sur une affection de cette nature, placée tout à fait en dehors de nos moyens d'action. » Laënnec, cependant, reconnaît que le pronostic de l'abcès pulmonaire est variable, suivant les épidémies qui lui ont donné naissance.

Actuellement, le pronostic des abcès du poumon semble être bien moins sombre. Il est, néanmoins, difficile d'apprécier la fréquence des guérisons. Les statistiques qui permettraient d'en fixer la proportion sont rares ; et encore, sont-elles, comme la plupart des statistiques, sujettes à caution.

Meyer, à la Société Médicale des Hôpitaux de Berlin, rapporte une statistique de 176 cas, uniquement traités médicalement ; il compte 84 guérisons, 23 améliorations, 5 passages à la chronicité et 64 morts (soit 60 % de guérisons ou résultats favorables).

Pour Wessler, 33 % des abcès du poumon guérissent spontanément ; pour Kully, 40 % ; pour E.-A. Graham, 25 %.

Léon-Kindberg n'estime pas à plus de 20 % la proportion des cas heureux qu'il a observés.

Kourlisky estime à 25 % la proportion des abcès aigus, non fétides, observés par lui-même, et qui ont guéri. Les abcès non fétides, à germe bactériologique défini, guériraient dans une proportion beaucoup plus forte que les abcès fétides, à germes multiples.

Il est souvent difficile d'affirmer la guérison définitive, dans un certain nombre d'observations ; le dernier examen ne signale pas un retour complet à la normale ; enfin, l'avenir de bien des malades reste inconnu. Il est possible que certains d'entre eux, portés guéris sur telle ou telle statistique, figurent comme morts ou opérés, sur les statistiques d'un autre médecin qu'ils sont allés consulter pour le réveil de leur première affection.

Dans notre statistique personnelle, nous trouvons un grand nombre de guérisons par le simple traitement médical.

Voici *nos résultats* (la statistique porte sur 21 malades).

1° Guérison complète maintenue en avril 1934 : 12 cas (obs. II, III, IV, V, VI, VII, VIII, XII, XIII, XIV, XVI, XXI).

2° Malades dont l'état est inconnu à l'heure actuelle, mais qui ont paru améliorés à leur sortie de l'hôpital : 2 cas (obs. XI et XV).

3° Abscesses aigus, rapidement mortels : 2 cas. L'un (obs. X), spontanément. L'autre (obs. I), à la suite d'une intervention.

4° Abscesses passés à la chronicité : 5 cas.

a) Malades suivis depuis le début de leur affection : 3 cas (obs. IX, XVIII, XIX).

b) Malades entrés à l'hôpital, porteurs d'un abcès chronique : 2 cas (obs. XVII et XX).

Deux de ces malades sont morts (obs. IX et XIX).

La guérison, par simple traitement médical, a donc été obtenue dans 60 % des cas chez nos malades ; de plus, 15 % d'entre eux ont été améliorés par un traitement chirurgical, et 25 % sont décédés.

2. — Éléments de pronostic

Quel sera le pronostic dans tel ou tel cas particulier ?

On pourrait, à priori, tirer des éléments de pronostic de la topographie de l'abcès, de la grandeur de la poche, de la fétidité ou de la non fétidité de l'expectoration, de l'examen bactériologique des crachats ou du pus retiré par ponction.

A. — LA TOPOGRAPHIE DE L'ABCÈS

Il ne semble pas que la localisation de la collection

purulente, dans tel ou tel point du poulmon, constitue un élément de pronostic dont il faille tenir grand compte. En effet, dans notre statistique, les quatre abcès qui ont abouti à la terminaison fatale occupaient chacun une partie différente du parenchyme pulmonaire, partie inférieure du lobe supérieur gauche (obs. I), région moyenne du poulmon droit (obs. IX), sommet gauche (obs. X), base droite (XIX).

B. — LA GRANDEUR DE LA POCHE

Ce facteur aurait une certaine importance ; les abcès volumineux sont plus graves ; témoin l'observation X, dans laquelle l'évolution mortelle s'est faite en quelques jours. Mais, cependant, il faut savoir que de grands abcès peuvent guérir (exemples obs. IV, XXI, XI).

C. — LA FÉTIDITÉ OU LA NON FÉTIDITÉ DES CRACHATS

Suivant beaucoup d'auteurs (Kourlisky, Léon-Kindberg, etc.), les abcès fétides ou gangréneux auraient un pronostic plus sombre que les abcès simples.

Ces derniers, mises à part les formes graves dans lesquelles la vomique n'empêche pas l'issue fatale, évolueraient souvent, spontanément vers la guérison, dans l'espace de quelques semaines, et ce n'est que dans un petit nombre de cas, que l'abcès passerait à la chronicité ; et alors, en pareil cas, la suppuration, tôt ou tard, devient fétide.

Les abcès gangréneux ou fétides guériraient beau-

coup plus difficilement, et cette guérison serait souvent illusoire. La poussée aiguë guérit ; on assiste ultérieurement à des réveils de l'affection, avec haleine fétide, expectoration gangreneuse, fièvre et atteinte de l'état général, tous signes traduisant la persistance de la suppuration. Celle-ci peut devenir définitive. Ces malades, constamment fébriles, prennent alors un teint terreux, présentent de la diarrhée, de l'hippocratisme des doigts : ce sont des dilatés bronchiques. La tuberculose pulmonaire, enfin, peut se greffer sur cet état, achevant d'assombrir le pronostic chez ces malades.

Quelles conclusions tirer de l'étude de notre statistique ? (Il est à noter que tous les malades, sauf deux, ont été revus au cours de l'année 1934.)

a) Sur 7 *abcès simples* (non fétides), nous constatons :

1° la guérison dans 3 cas (obs. XII, XIII, XIV).

2° la terminaison par la mort dans 1 cas (obs. X).

3° le passage à la chronicité dans un autre cas (obs. XVIII).

Il reste deux malades qui, à leur sortie de l'hôpital, étaient améliorés. Peut-on parler de guérison ? Il est difficile de l'affirmer, car, malgré les recherches entreprises, nous n'avons pu avoir de leurs nouvelles.

b) Sur 14 *abcès fétides ou gangreneux*, nous avons observé :

1° la guérison dans 10 cas (obs. II, III, IV, V, VI, VII, VIII, XVI, XVII, XXI).

2° le passage à la chronicité dans 1 cas (obs. XX).

3° la mort dans 3 cas (obs. I, IX, XIX).

La guérison est donc survenue, chez nos malades, dans la moitié des cas d'abcès simples, et dans les deux tiers des cas d'abcès fétides.

Le pronostic des abcès gangreneux, d'après notre statistique, ne semble donc pas plus grave que celui des abcès simples.

D. — L'EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DE L'EXPECTORATION OU DU PUS RETIRÉ PAR PONCTION

Cet examen peut-il servir au pronostic ?

La constatation du pneumocoque, à l'état pur, dans l'expectoration, doit faire porter un pronostic favorable (obs. XI et XIII). Kourlisky estime à 50 % les chances de guérison de ces malades ; ou bien la mort survient rapidement, au cours du premier mois, ou bien, dans le même laps de temps, la guérison se dessine sans que l'on ait à redouter le passage à la chronicité.

Le streptocoque n'a pas, pour les abcès du poumon, le pronostic fâcheux qu'il a pour les empyèmes. Beaucoup d'abcès à streptocoques guérissent. Chez dix de nos malades, nous avons trouvé le streptocoque, soit pur, soit le plus souvent associé au pneumocoque et au pneumobacille ; six de ces abcès ont complètement guéri (obs. III, VI, XII, XVI, XVII, XXI) ; deux ont passé à la chronicité (obs. XVIII et XX) ; un malade est décédé (obs. XIX) ; un autre, tout juste guéri à sa sortie de l'hôpital, n'a pas été revu : nous ne le considérons donc pas comme guéri.

Le pronostic des abcès pulmonaires à streptocoques

est donc meilleur qu'on ne serait tenté de le croire. Si l'abcès ne s'accompagne pas, à son début, de phénomènes septicémiques rapidement mortels, il ne faut pas abandonner l'espoir de voir la guérison survenir. Si la détente se fait, il ne faut pas brusquer l'évolution par des interventions médicales ou chirurgicales et se souvenir que l'abcès streptococcique peut de lui-même, sûrement et quelquefois rapidement, effectuer sa propre guérison.

Le pneumobacille se trouve souvent associé à d'autres germes microbiens (obs. VII, IX, XV, XVI, XVII) ; sur ces cinq cas, un malade (obs. IX) est mort, les autres ont guéri. Si, au contraire, le pneumobacille se trouve à l'état pur, ou, s'il est prédominant (obs. XIX), le pronostic paraît plus sévère.

La présence de fuso-spirilles (obs. XX) semble assombrir le pronostic : chez ce malade, l'abcès passa à la chronicité.

Par contre, la présence d'éléments anaérobies ne semble pas avoir d'influence néfaste. Dans les observations IV, V et XXI, où l'examen direct et les cultures avaient révélé de nombreux microbes anaérobies, les malades ont guéri.

En outre, parmi les éléments de pronostic, il faut faire jouer un grand rôle au terrain.

Le pronostic est plus sévère chez les intoxiqués, les alcooliques, les hépatiques, les diabétiques. Le malade de l'observation XIX était un ancien paludéen, ancien syphilitique et, au surplus, grand éthylique : il mourut. La mort survint rapidement chez le malade de l'observation X, qui était un grand diabétique.

Cette notion du terrain intervient surtout dans le pronostic immédiat ; car les raisons pour lesquelles certains abcès pulmonaires, plutôt que d'autres, passent à la chronicité, nous échappent encore.

CHAPITRE VII

Traitement

Le problème du traitement des suppurations pulmonaires est un des plus complexes de la médecine, car il n'y a pas de ligne de conduite dictée d'avance. L'absence de règles absolues fait que l'on devra, avant d'entreprendre tout traitement, faire appel au sens clinique, connaître parfaitement son malade et s'entourer de toutes les compétences nécessaires.

« Au médecin, déclare Sergent, incombe surtout la mission de définir les données du diagnostic ; au chirurgien, le soin de fixer et d'exécuter la technique opératoire ; à l'un et l'autre réunis, la tâche de préciser le moment et le choix du mode d'intervention. »

Mais cette collaboration médico-chirurgicale ne doit pas faire oublier deux notions, d'une certaine importance, dans l'évolution des abcès du poumon. D'une part, la notion des guérisons spontanées : $\frac{2}{3}$ des cas dans les abcès simples, $\frac{1}{5}$ dans les abcès putrides d'emblée (Sergent). Ces constatations nous conduisent à n'accepter qu'avec une prudente et nécessaire réserve, les résultats plus ou moins merveilleux, attribués à telle ou telle thérapeutique. D'autre part, la notion des accalmies trompeuses et des fausses gué-

risons nous incite, pour affirmer la guérison, à rechercher non seulement la disparition des signes cliniques, mais aussi celle de toute image radiologique autre qu'une image nettement cicatricielle.

Nous commencerons par dire un mot des divers traitements préconisés, et cela, en nous basant sur le rapport de Sergent, au Congrès Français de Médecine de 1932.

Nous envisagerons ensuite les indications thérapeutiques dans les différents cas, et nous terminerons ce chapitre en donnant nos résultats personnels.

1. — Les divers traitements préconisés

A. — TRAITEMENTS DU DOMAINE MÉDICAL

1° *Traitements médicamenteux.*

Outre les traitements habituels de la toux, les modificateurs de la sécrétion bronchique (benzoate de soude, terpine, thiocol), il faut faire une place à part lorsqu'il y a fétidité de l'expectoration, à la teinture d'ail. Recommandée tout d'abord par le Professeur Loeper, dans la gangrène pulmonaire, dans le but de lutter contre la fétidité proverbiale de cette affection, son usage s'est étendu très vite à toutes les suppurations pulmonaires putrides. On la donne à la dose de XX à XL gouttes par jour.

A côté de cette médication, assez anodine, il existe des traitements plus spécifiques.

a) *Vaccinothérapie*. — Le traitement vaccinothérapique se pratique, soit sous forme de stock-vaccins, soit plus fréquemment sous celle d'auto-vaccins, ceux-ci étant préparés à partir des crachats ou du pus de l'abcès retiré par ponction. Il ne semble pas qu'on soit autorisé à accorder, à ce mode de traitement, une valeur thérapeutique certaine ; mais, si son efficacité est problématique, du moins son innocuité est incontestable. Ce traitement doit être réservé aux phases de début. Il faut injecter l'auto-vaccin, à deux jours d'intervalle, à des doses croissantes, par la voie sous-cutanée.

b) *Sérothérapie antigangreneuse*. — Laissant de côté la sérothérapie antipneumococcique qui semble n'avoir que peu d'indications dans les cas qui nous occupent, nous voulons insister surtout sur la sérothérapie antigangreneuse : celle-ci doit toujours être employée en cas d'abcès putride.

Il convient de l'administrer énergiquement : on injectera sous la peau, chaque jour, 50 à 60 cc. de sérum antigangreneux polyvalent, de l'Institut Pasteur, et cela pendant 8 jours environ. On obtient ainsi un effet heureux, mais ce dernier n'est souvent que momentané et le malade n'est pas à l'abri de rechutes. Il semble que cette influence favorable se produise à la faveur du déclenchement d'un choc, auquel il ne faudrait point donner une signification spécifique.

c) *Médication arsenicale*. — Cette médication apparaît comme spécifique, si l'on admet qu'elle s'adresse aux spirochètes ou aux fuso-spirilles, et si l'on estime que ces germes sont les facteurs déterminants des

abcès putrides. On emploie soit le stovarsol par la bouche (2 comprimés de 0 gr. 25 par jour), soit le néo-noversénobenzol en injections intra-veineuses, à des doses variant suivant la tolérance de la part du malade et l'effet obtenu. Les succès sont rares, mais ils existent néanmoins. De plus, il ne s'agit pas là d'une thérapeutique exclusive et l'on peut employer simultanément : arsenic et sérum antigangreneux si, par exemple, l'expoctoration est riche en spirochètes.

d) *Émétine*. — L'action thérapeutique du chlorhydrate d'émétine est complètement différente, suivant qu'il s'agit d'un abcès amibien ou d'un abcès non amibien. Dans le premier cas, le résultat ne se fait pas attendre ; dès les premières injections, une amélioration immédiate se manifeste et, en quelques jours, la guérison est complète, à moins que l'abcès amibien ne se soit secondairement infecté. Dans le second cas, l'amélioration est tardive, incomplète et n'a pas de valeur.

En somme, on peut toujours tenter le traitement éméтинien, à la dose quotidienne de 0,08 centigrammes, mais il ne faudra pas s'attarder, dans le cas où une amélioration notable et progressive ne se serait pas manifestée, dès les premières injections.

e) *Cure de soif*. — Cette méthode a pour but de diminuer l'importance des exsudats et par là même d'amender les troubles fonctionnels qui s'opposent à la cicatrisation. Elle consiste à réduire l'apport en eau jusqu'à 500 gr. et même 200 gr. par jour. Peu agréable pour le malade, malgré les dires de Marcy, de Bruxelles, elle ne semble pas avoir, en France, beaucoup d'adeptes.

f) *Injections intraveineuses d'alcool.* — Les injections intraveineuses d'alcool, à 33 %, dans du sérum physiologique (Landau, Fejgin, Bauer) doivent peut-être à l'attrait de la nouveauté l'intérêt particulier que certains lui ont porté. Il est encore un peu tôt pour émettre un avis définitif, les uns leur reconnaissant un pouvoir curateur (action stimulante nette sur le métabolisme basal), les autres ne leur attribuant que des améliorations passagères et trompeuses.

2° *Traitement médical dit « mécanique ».*

Le traitement médicamenteux visait à tarir les sources de la suppuration ; le traitement mécanique vise à favoriser l'évacuation du pus collecté et à assurer le drainage de la collection par des moyens dont dispose le médecin, sans le secours du chirurgien.

Ce drainage médical peut être réalisé par trois moyens : a) la position donnée au malade (drainage postural) ; b) l'aspiration (drainage bronchoscopique) ; c) la compression (drainage par expression simple : c'est-à-dire par pneumothorax thérapeutique).

a) Le *drainage postural* consiste à imposer au malade une attitude plaçant la bronche de drainage en position déclive. La position de choix sera déterminée par l'observation et les remarques du malade : certains constatent, en effet, que, dans telle position, des quintes de toux ne tardent pas à survenir, entraînant secondairement une abondante expectoration purulente.

Cette position déterminée, le malade devra la prendre le plus longtemps possible ; si elle lui est parti-

culièrement pénible, il s'y soumettra de temps en temps quatre ou cinq fois par jour, durant une heure chaque fois.

b) Le *drainage bronchoscopique* agit, semble-t-il, autant par le nettoyage bronchique qu'il effectue, que par l'aspiration qu'il permet. C'est, après le traitement chirurgical, de beaucoup, l'acte thérapeutique qui a le plus retenu l'attention des médecins durant ces dernières années. Remis en honneur et perfectionné par Chevalier-Jackson et ses élèves, il est apparu comme un moyen d'augmenter sensiblement le nombre des guérisons ou d'améliorer, d'une manière appréciable, la vie des sujets porteurs de suppurations pulmonaires invétérées.

On trouvera, sous la plume de MM. Lemierre, Léon-Kindberg et Soulas, une mise au point très détaillée de ce qu'on est en droit d'attendre de cette méthode. Ces auteurs semblent lui donner la préférence sur toutes les autres méthodes dites médicales et estiment que les chiffres fournis par les statistiques ne peuvent laisser de doute sur la réelle efficacité de ce traitement. Ils conseillent d'y recourir avant toute tentative opératoire, car, même lorsqu'il n'aboutit pas à la guérison, il permet de préparer le malade à l'acte chirurgical et de l'y amener dans de bien meilleures conditions d'opérabilité. C'est là une opinion un peu plus favorable que celle qui figure dans le rapport de Sergent et Kourlisky. Ces auteurs, à l'instar d'Archibald (de Montréal), seraient moins enthousiastes et mettent en garde contre les accidents auxquels la bronchoscopie peut exposer. A Lyon, MM. Savy, Delore

et Mounier-Kuhn ont montré son action bienfaisante au cours d'un cas de suppuration pulmonaire chronique. Plus récemment, MM. Cordier et Mounier-Kuhn, à propos du traitement des suppurations pulmonaires, résument les indications thérapeutiques de la sorte :

1^{re} étape : médicale, toujours brève.

2^e étape : bronchoscopique ; ne pas trop s'y attarder dans les cas à évolution très aiguë, bien localisée, à forme infectieuse, où il ne faut pas laisser passer l'heure chirurgicale.

3^e étape : essentiellement chirurgicale, après échec bronchoscopique dans les cas aigus, essentiellement bronchoscopique dans les cas chroniques et spécialement dans les bronchectasies.

c) Reste une dernière méthode, la *collapsothérapie gazeuse*. A son sujet, les opinions sont très partagées. Alors que les uns la condamnent comme tout à fait dangereuse, à cause des risques de perforation pleuro-pulmonaire, d'autres, comme Rist, lui restent fidèles et la considèrent comme indiquée dans les abcès de volume moyen situés à une certaine distance de la plèvre.

Dans les cas d'abcès centro-lobaires, l'ouverture dans la plèvre n'est guère à redouter, mais l'efficacité de la collapsothérapie n'est possible que si l'abcès est récent, sans aucun processus de broncho-pneumonie chronique périphérique, rendant l'action du pneumothorax illusoire.

En conséquence, si l'on veut tirer de cette méthode un résultat, on devra y recourir dès la phase initiale de l'abcès. Or, pour qui connaît la fréquence des gué-

risons spontanées des abcès du poumon, il est permis de se demander si l'abcès n'aurait pas guéri sans cela et si, par suite, on est bien autorisé à recourir d'emblée à un traitement qui, parfois, peut être dangereux.

Pour ces raisons, nous ne pensons pas que le pneumothorax puisse être retenu comme un moyen habituel de traitement des abcès du poumon.

B. — TRAITEMENTS DU DOMAINE CHIRURGICAL

Le mode d'intervention variera suivant les caractères anatomo-cliniques de la collection purulente.

Les procédés opératoires peuvent être rangés sous deux chefs :

1° Les procédés *d'action indirecte* : ils réalisent, en fait, la collapsothérapie chirurgicale. Ce sont : la phrénicectomie, le décollement pleuro-pariétal, la thoracoplastie.

2° Les procédés *d'action directe*, qui visent à réaliser l'ouverture et le drainage chirurgical (pneumotomie) ou la destruction du foyer (pneumectomie).

La *phrénicectomie* séduit sans doute par sa simplicité ; elle est rarement efficace, ou tout au moins suffisante. Elle favorise souvent une accalmie plus ou moins éphémère et, comme le pneumothorax, elle ne serait pas exempte de dangers, et doit être proscrite dans les abcès pulmonaires superficiels.

Le *décollement pleuro-pariétal* et la *thoracoplastie* ne paraissent pas avoir plus de valeur curative. Cette

méthode de traitement ne peut être appliquée qu'à des suppurations pulmonaires largement ouvertes (c'est le cas, en particulier, des abcès bronchectasants), et son efficacité est sous la dépendance de l'état anatomique du tissu pulmonaire qu'elle comprime, c'est-à-dire du degré de sclérose. Dans les suppurations cavitaires, de formation récente, à paroi souple et bien drainées, elle s'est montrée sous ses différentes formes, indiscutablement curatrice.

La *pneumotomie* a pour but de drainer largement, par la paroi thoracique, une collection qui se draine insuffisamment par les voies bronchiques. Elle a son indication optima dans tous les cas où l'abcès pulmonaire est de date encore récente et de siège superficiel.

La *pneumectomie* a pour but l'exérèse d'un foyer de suppuration circonscrit. Parfois, l'exérèse porte sur tout un lobe, c'est alors un lobectomie. Malgré les perfectionnements incontestables de la technique opératoire, ces interventions restent périlleuses.

2. — Indications thérapeutiques dans les différents cas

Trois cas peuvent se présenter :

1° ABCÈS AIGU RÉCENT

L'évolution ultérieure de ces abcès est imprévisible, mais, étant donnée la fréquence des guérisons spon-

tanées, il faudra toujours compter sur cette éventualité (notre statistique en fournit la preuve) et n'instituer qu'un simple traitement médical.

Les interventions précoces sont à rejeter ; c'est l'opinion générale : cependant quelques auteurs, avec Minet, estiment que tout abcès du poumon doit être, avant la vomique, ouvert et drainé au même titre qu'une collection purulente des membres ou qu'une appendicite suppurée.

On essayera alors, mis à part les antiseptiques pulmonaires ordinaires, les injections d'un auto-vaccin, et celles de sérum antigangreneux, si l'on a affaire à des abcès putrides.

Ces deux traitements associés ont été employés chez les malades des observations IV, V, VI, IX et XXI et, sauf dans un cas (obs. IX), ont exercé une action favorable.

M. Roubier, dans la thèse de son élève Finance (Lyon, 1924), après avoir étudié l'action de ces médications, leur avait attribué une certaine valeur curative. Mais, à cette époque, la notion de la fréquence des guérisons spontanées des abcès du poumon était bien vague. Tout dernièrement, M. Chalier a rapporté un cas de guérison d'un abcès du poumon, chez un typhique, par la sérothérapie antigangreneuse, associée au traitement novarsénobenzolique.

Sans donc accorder une valeur thérapeutique absolue à l'autovaccinothérapie et à la sérothérapie antigangreneuse, il semble qu'il faille plutôt les considérer comme des facteurs adjuvants de la guérison.

On pourra aussi tenter la médication arsenicale

(personnellement, nous n'en avons pas l'expérience).

Les injections d'émétine ont été pratiquées chez trois de nos malades :

Obs. IX, insuccès complet (8 injections de 0 gr. 04).

Obs. XVI, le traitement éméтинien, institué à l'occasion de deux petites hémoptysies, améliore assez nettement et rapidement le malade (0 gr. 08 par jour, pendant 10 jours, soit : 0 gr. 80 en tout).

Obs. XIX, il s'agit d'un malade, ancien dysentérique, chez qui l'on soupçonne un abcès amibien : échec complet du traitement éméтинien. La quantité globale de 0 gr. 80 de chlorhydrate d'émétine, semble même avoir aggravé l'état du malade.

Chez ce même sujet, on essaye, mais également sans succès, les injections intraveineuses d'alcool. A leur suite, on constate une augmentation de la fièvre et une recrudescence des crachats hémoptoïques et fétides.

En somme, *ces divers traitements semblent agir lorsque la guérison spontanée doit se produire*. Ce sont des adjuvants, et il serait téméraire d'attribuer formellement, à tel ou tel d'entre eux, la guérison de tel ou tel cas particulier. Nous faisons simplement une exception pour l'émétine, dont l'action sur les abcès nettement amibiens, est incontestable : nous n'en avons pas de cas dans notre statistique.

Dans ces abcès aigus, on peut encore avoir recours, parmi les méthodes de drainage médical : a) soit au *drainage postural*, conseillé chez plusieurs de nos malades ;

b) soit à la *bronchoscopie* avec aspiration. Lemierre,

Léon-Kindberg et Soulas conseillent d'y recourir dès les premières semaines. Appliquée selon des règles rigoureuses, elle permet d'espérer 60 à 70 % de guérisons. Nous n'avons pas l'expérience de cette méthode, les malades chez qui nous nous proposons de l'appliquer ont guéri spontanément ;

c) soit au *pneumothorax artificiel*. Essayé chez un de nos malades (obs. IX), il s'avéra inopérant. Cette méthode est d'ailleurs, nous l'avons vu, déconseillée par beaucoup d'auteurs, vu les risques d'ouverture possible de l'abcès dans la plèvre.

Signalons enfin que la *ponction exploratrice* a permis d'évacuer 70 cc. de pus chez le malade de l'observation XIII et 40 cc. chez celui de l'observation XXI ; elle a paru, chez ces deux sujets, amorcer la guérison.

2° ABCÈS CHRONIQUE INVÉTÉRÉ

Par opposition aux cas envisagés ci-dessus (abcès aigus), le clinicien peut se trouver en face d'un abcès chronique, très ancien, invétéré.

Ici, le traitement médical médicamenteux est illusoire ; le malade doit, ou bien vivre avec son abcès, qui constitue, pour lui, une véritable infirmité, ou bien se faire opérer.

Dans la première alternative, la bronchoscopie peut rendre des services. En diminuant la rétention du pus, elle fait baisser la fièvre, améliore l'état général, fait diminuer la toux, rend l'expectoration plus fluide et lui enlève, dans les formes gangreneuses,

l'odeur fétide si pénible pour le malade et son entourage. Ainsi amélioré au point de vue général et local, le malade devient plus apte, le cas échéant, à supporter le choc opératoire.

La thérapeutique chirurgicale est seule de mise dans les suppurations invétérées et elle n'est d'ailleurs, souvent, que palliative, si l'on se rapporte aux deux cas suivants de notre statistique.

Dans l'observation XVII, il s'agissait d'un vieil abcès bronchectasiant de la partie moyenne du poumon gauche. Le traitement médical devait être inefficace ; une intervention chirurgicale était seule à envisager et l'état florissant du malade lui permettait de la supporter. Phrénicectomie et thoracoplastie basse amenèrent une amélioration consécutive assez notable, mais le malade conserve, par moments, une expectoration abondante.

Notre observation XX concerne une malade atteinte depuis 14 mois d'un abcès pulmonaire de la base droite, avec expectoration fétide. Elle réclame une intervention qui, seule, dit-elle à juste titre, peut la guérir. Elle subit, dans un premier temps, une thoracoplastie basse, puis, dans deux autres temps différents, une pneumotomie au bistouri électrique. Les résultats sont médiocres. On constate une persistance des troubles fonctionnels et de l'expectoration ; les signes radioscopiques n'ont pas changé et un examen au lipodiol montre la coexistence de dilatations bronchiques ; de plus, la malade conserve une fistule broncho-cutanée.

3° ABCÈS AIGU EN TRAIN DE DEVENIR CHRONIQUE

Alors que dans les deux éventualités précédentes, la conduite à tenir est simple, dans ce troisième cas, le problème est plus complexe.

L'abcès aigu, au lieu d'évoluer vers la guérison en un mois et demi, deux mois, trois mois, traîne en longueur ; il menace de passer à la chronicité ; les différents traitements médicaux restent inactifs. Que faire ?

Il faut songer à une intervention. Mais, à quel moment la pratiquer ?

Pour les uns, après la huitième semaine.

Suivant Sergent, Bérard, passé le délai de deux mois, l'intervention ne doit plus être discutée. S'il ne faut pas d'intervention précoce, il ne faut pas, surtout, d'intervention tardive. L'heure chirurgicale sonne au moment où la courbe des chances de guérison spontanée, baissant de plus en plus, vient croiser la courbe ascendante des probabilités d'évolution vers la chronicité.

Pour d'autres, le délai de l'intervention s'étagerait du deuxième au huitième mois.

Pour nous, nous conseillons *d'attendre au moins la fin du troisième mois*. Nous avons vu, quelquefois, l'amélioration se dessiner après deux mois et demi environ (obs. II, VI, VII, VIII).

Si, au bout de trois mois, à compter depuis le début de l'affection, aucune amélioration ne s'est produite, il est probable qu'elle ne se produira pas et que l'abcès passera à la chronicité.

Cependant, il n'est pas impossible qu'un abcès puisse guérir spontanément, après un laps de temps beaucoup plus long. L'observation III serait, à ce point de vue, assez significative. Le malade présentait, de juin à octobre 1923, un abcès gangreneux de la base gauche, avec belle image hydroaérique, accolée à l'ombre ventriculaire gauche. Puis, ne voulant pas entendre parler d'opération, il quitta le service, mais fut revu trois ans plus tard, en 1926. A ce moment, l'image hydroaérique était toujours la même et l'expectoration fétide aussi abondante. Puis le malade fut perdu de vue jusqu'en 1933 ; revu alors, il ne toussait et ne crachait absolument plus, et l'image hydroaérique avait disparu.

Dans ce cas, il s'est agi, à n'en pas douter, d'un abcès pulmonaire qui, après avoir duré trois ans, a évolué néanmoins vers la guérison spontanée.

De même, dans l'observation XIV, l'abcès présentait une longue évolution (six mois), entrecoupée de rechutes successives ; la guérison survint ensuite.

Mais ce sont là des exceptions qui n'infirmement pas la règle énoncée plus haut : à partir de la fin du troisième mois commence la phase chirurgicale.

Quelle opération conseiller ? Le choix de cette dernière sera fonction du siège de l'abcès, de son volume, de l'enkystement ou du caractère diffus de la suppuration ; enfin, de l'état général du malade.

Les préférences vont, actuellement, à la pneumotomie.

Cette intervention sera toujours précédée d'examens radioscopiques et de prises de clichés radiographiques, afin de localiser exactement l'abcès.

L'opération doit se faire en deux temps, sous anesthésie locale.

Dans le premier temps, on pratique les résections costales et musculaires sur une surface qui déborde la projection de l'abcès, et on cherche à provoquer des adhérences solides par la mise en place, contre le feuillet pariétal de la plèvre, d'un tamponnement à la gaze alcoolio-iodée.

Le deuxième temps s'exécute une dizaine de jours après. Il consiste à ouvrir l'abcès. S'il s'agit d'un abcès cortical, la sonde cannelée ou une pince hémostatique suffisent pour effondrer la paroi externe de l'abcès. En cas d'abcès central, l'emploi du bistouri électrique à haute fréquence met le chirurgien à l'abri du seul danger vraiment sérieux : l'hémorragie consécutive à l'incision du parenchyme pulmonaire.

L'abcès une fois ouvert, il faut s'abstenir de toute manœuvre intra-cavitaire ; pas de curettage, pas de nettoyage aux ciseaux ou à la compresse ; on laisse en place, dans la cavité, un tamponnement imbibé de sérum antigangreneux ou d'eau oxygénée. Ce pansement sera renouvelé tous les deux jours.

Cette méthode s'appliquerait surtout aux abcès superficiels facilement accessibles.

Si l'abcès est profond, vers le hile, et qu'il se draine bien par les bronches, ou s'il siège aux sommets, on peut envisager plutôt une méthode collapsothérapique (thoracoplastie accompagnée ou non de phrénicectomie).

Cette méthode serait également indiquée s'il y a, non plus un abcès unique, mais des foyers suppurants

multiples, ou s'il s'agit d'un vieil abcès broncheectasiant, comme chez le malade de l'observation XVII.

3. — Les résultats chez nos malades

Dans 12 de nos observations, seul le traitement médical fut appliqué. Nous n'insisterons pas, à nouveau, sur le nombre important de guérisons, par ce seul traitement médical, que comporte notre statistique (60 %).

Rappelons encore une fois que nous n'attribuons pas la guérison à tel ou tel traitement, mais à la curabilité spontanée de l'affection ; notion qui, à l'heure actuelle, doit devenir classique.

Dans 6 de nos cas, nous avons eu recours au traitement chirurgical.

Obs. I. — Abcès pulmonaire sus-scissural gauche, diagnostiqué pleurésie interlobaire (en 1918). Pneumotomie en un temps et drainage (un mois après le début de l'affection). A ce moment, en 1918, le traitement chirurgical n'était pas encore réglé, et les indications non encore précises, comme elles le sont à l'heure actuelle. Le malade mourut quelques jours après.

Obs. IX. — Abcès de la partie supérieure du lobe inférieur du poumon droit, passé à la chronicité. Six mois après le début, on propose un traitement chirurgical : phrénicectomie droite et thoracoplastie basse du même côté (Professeur Bérard). Décès le lendemain de l'intervention.

Obs. XVII. — Vieil abcès chronique (partie moyenne du poumon gauche), datant de quatorze ans. Phrénicectomie et thoracoplastie basse (Prof. Bérard). Résultat assez bon ; il persiste par moments seulement une expectoration assez abondante, non fétide.

Obs. XVIII. — Abcès pulmonaire de la base droite, passé à la chronicité. Cinq mois après le début, intervention chirurgicale : phrénicectomie et thoracoplastie basse (Prof. Bérard). Résultat assez satisfaisant.

Obs. XIX. — Abcès pulmonaire de la base droite, devenu chronique. Intervention quatre mois après le début.

Premier temps : Phrénicectomie et thoracectomie basse.

Deuxième temps : Pneumotomie et drainage (Professeur Bérard).

Troisième temps : Résection des 5^e et 6^e côtes ; mise à plat de la cavité de l'abcès.

Le résultat opératoire est satisfaisant, le malade ne crache plus ; son état s'améliore, mais peu à peu, s'installa un syndrome de cirrhose hépatique avec ascite. Le malade mourut trois mois après l'intervention.

Obs. XX. — Abcès chronique de la base droite, datant de quatre mois. Pneumotomie en trois temps (Professeur Bérard) (comme dans l'observation précédente).

Résultat médiocre. Persistance d'une expectoration abondante et fétide. Un examen lipiodolé montre la coexistence de cet abcès pulmonaire chronique avec

des dilatations bronchiques multiples (abcès bronchectasiant). Il existe, en outre, une fistule broncho-cutanée de faible importance.

En somme, la chirurgie des abcès du poumon n'en est encore qu'à ses débuts. Il est probable que, par la suite, avec les progrès de la technique, les résultats seront meilleurs.

Pour le moment, ces résultats, considérés chez nos malades, nous paraissent encore quelque peu décevants.

Conclusions

I. — Les considérations cliniques et thérapeutiques, exposées dans le présent travail, nous ont été suggérées par l'étude d'une statistique hospitalière de vingt et un cas d'abcès du poumon.

II. — Contrairement à l'opinion classique de la plus grande fréquence aux bases et à droite, le siège le plus habituel de l'abcès du poumon nous paraît être la région juxta-hilaire, à gauche comme à droite.

III. — Nos observations suivies d'autopsie, montrent bien que, conformément aux idées en cours à l'heure actuelle, la collection purulente est habituellement juxta-scissurale et non pas intrascissurale ; autrement dit, l'abcès intraparenchymateux est la règle, la pleurésie interlobaire, l'exception.

IV. — Au point de vue *clinique*, nous avons été frappé par le peu de netteté des signes physiques chez un grand nombre de nos malades ; beaucoup d'abcès du poumon sont même complètement muets à l'auscultation.

Si ce sont les signes fonctionnels et principalement la constatation de vomiques fractionnées qui orientent

l'esprit du clinicien vers le diagnostic d'abcès du poumon, c'est l'examen radiologique qui permettra, dans beaucoup de cas, de l'affirmer en faisant découvrir une *image hydo-aérique*, le plus souvent, quoique pas toujours, d'une grande netteté.

V. — Les formes cliniques des abcès du poumon sont multiples. On peut distinguer notamment :

A) Suivant le *siège* de la collection purulente, des abcès basilaires, apicaux, centraux ou juxta-hilaires, sous-pleuraux ou juxta-axillaires.

B) Suivant les *caractères de l'expectoration* :

a) Des abcès simples ou non fétides.

b) Des abcès putrides ou gangréneux, ceux-ci étant plus nombreux que les précédents, dans notre statistique.

C) Suivant l'*évolution* :

a) Des formes aiguës rapidement mortelles.

b) Des formes aiguës curables, évoluant progressivement vers la guérison.

c) Des formes à rechutes successives, mais finissant par guérir.

d) Des formes à évolution vers la chronicité.

VI. — Le siège de la collection purulente ne paraît pas avoir d'importance pour le pronostic, non plus que son volume : de grands abcès peuvent guérir.

Les abcès gangréneux ne se sont pas montrés plus graves que les abcès simples chez nos malades.

Il nous paraît difficile de tirer, en toute certitude, des éléments de pronostic de l'examen bactériologique des crachats ou du pus retiré par ponction explora-

trice. Toutefois, si la présence exclusive du pneumocoque est plutôt favorable, celle du pneumobacille, à l'état pur, serait de plus fâcheux augure.

Le streptocoque ne présenterait pas, pour les abcès du poumon, la mauvaise réputation qu'il a pour les empyèmes.

La présence des anaérobies ne comporte pas, d'après nos constatations personnelles, le pronostic fâcheux qu'on pourrait être tenté de leur accorder.

Nous ne possédons pas, dans notre statistique, de cas d'abcès amibien du poumon.

VII. — Au point de vue *thérapeutique*, nous trouvons, dans notre statistique, un nombre assez élevé (plus de la moitié des cas, exactement 60 %) de malades ayant *guéri par le seul traitement médical*, celui-ci ayant consisté, suivant les cas, en sérothérapie anti-gangréneuse, auto-vaccinothérapie, injections d'émétine, etc...

Le plus souvent, en pareil cas, la guérison est complète au bout de deux mois à deux mois et demi, et les radiographies en série permettent bien de suivre la régression progressive de l'image hydro-aérique, aboutissant finalement au nettoyage radiologique complet.

Mais parfois la guérison est plus lente à s'opérer et peut n'être complète qu'au bout de plusieurs mois. Chez un de nos malades, un abcès pulmonaire constaté radiologiquement pendant plus de deux ans de suite, avait complètement disparu quelques années plus tard, et cela, sans aucun traitement particulier. Aussi, ne conseillons-nous pas le traitement chirurgical avant, au moins, la fin du troisième mois.

VIII. — Chez six de nos malades, en raison de la chronicité désespérante de leur affection, nous avons jugé bon, au bout de quelques mois, de recourir au traitement chirurgical.

Trois d'entre eux sont décédés, dont deux peu après l'intervention, et le troisième, quelques mois plus tard, d'une affection toute différente, alors que le résultat opératoire avait été bon.

Trois sont encore vivants : chez deux d'entre eux (qui ont subi une thoracoplastie basse), le résultat fonctionnel paraît assez satisfaisant; chez le troisième, où l'intervention a consisté en une pneumotomie avec drainage de la poche, le résultat reste médiocre.

La chirurgie des abcès pulmonaires n'est encore qu'à ses débuts et il est certain que, par la suite, avec les progrès de la technique, les résultats seront meilleurs.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.
LE DOYEN,	CADE.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 4 Juin 1934.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
A. LIRONDELLE.

- BERNARD (Et.). — L'émétine dans le traitement des abcès du poumon. (*XXII^e Congr. Franç. Méd.*, 1932.)
- CHALIER (J.). — Abcès du poumon. (*Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 25 mars 1920.)
- Abcès pulmonaire gangreneux au cours de la fièvre typhoïde. Guérison par la sérothérapie antigangreneuse associée aux injections d'arsénobenzol. (*Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 15 mai 1934.)
- CURTILLET. — Contribution à l'étude des suppurations pulmonaires non tuberculeuses et leur traitement chirurgical. (*Thèse*, Alger, 1932.)
- CORDIER et MOUNIER-KUHN. — Remarques cliniques et thérapeutiques sur les suppurations pulmonaires. (*Soc. Méd. Hôp. Lyon*, décembre 1933.)
- DIÉULAFOY. — *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris*.
- DEBOVE et ACHARD. — *Manuel de Médecine*.
- FROMENT et LÉORAT. — Un cas de gangrène pulmonaire guéri par la sérothérapie antigangreneuse et l'arsénothérapie associées. (*Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 1^{er} mai 1923.)
- FINANCE. — La sérothérapie antigangreneuse dans les abcès du poumon. (*Thèse*, Lyon, 1924.)
- GABRIELLE. — Abcès putride du poumon. (*Soc. Chir. Lyon*, janvier 1930.)
- GARIN et BERNAY. — Un cas d'abcès du poumon guéri spontanément. Pleurésie interlobaire post-pneumonique guérie par vomique. (*Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 16 décembre 1930.)
- KOURLISKY. — Abcès du poumon et pleurésie interlobaire. (*Arch. Méd. et Chir. App. Respirat.*, août 1927.)
- LAËNNEC. — *Traité de l'auscultation médiate et des maladies du poumon et du cœur*.
- LAUGERON et H. D'HOURS. — A propos du traitement médical des abcès du poumon. Documents cliniques et radiologiques concernant sept observations. (*Journ. Sciences Méd. de Lille*, septembre 1930.)

- LÉON-KINDBERG. — Absès du poumon et tuberculose. (*Prat. Méd. Franç.*, avril 1934.)
- LEMIERRE, LÉON-KINDBERG et SOULAS. — Les méthodes bronchoscopiques dans le traitement des suppurations pulmonaires. (*XXII^e Congr. Franç. Méd.*, 1932.)
- MERLE et GURFINKEL. — Les injections intraveineuses d'alcool dans les suppurations pulmonaires. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 15 déc. 1933.)
- MINET. — A propos du traitement des absès pulmonaires. (*Progrès Médical*, 1931.)
- PALLASSE et CADE. — Caverne gangreneuse du poumon avec ligne de niveau (radiographie et pièces). (*Soc. de Méd. et des Sc. Méd. de Lyon*, janv. 1929.)
- PIERY et BARBIER. — Absès pulmonaire chronique pris pour une pleurésie interlobaire et traité par le pneumothorax artificiel, compliqué de pleurésie purulente. (*Lyon Médical*, 25 février 1922.)
- PAISSEAU et ISER-SOLOMON. — Grand absès du poumon. Etude radiologique. (*Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 19 avril 1922.)
- RIOTTE. — Contribution à l'étude de la pneumotomie dans le traitement des absès du poumon. (*Thèse*, Lyon, 1933.)
- ROUBIER. — Sur un point de séméiologie des cavernes pulmonaires : les cavernes à symptomatologie pyo-aérique. (*Progrès Médical*, 16 décembre 1906.)
- ROUBIER et Mlle GUILLERMIN. — Sur une image thoracique hydro-aérique d'interprétation assez difficile : pyo-pneumothorax interlobaire ou caverne ? (*Soc. de Méd. et des Sc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 22 juin 1927.)
- ROUBIER, FROMENT et PLAUCHU. — Vaste cavité purulente intrapulmonaire occupant la totalité du lobe supérieur gauche chez un diabétique. (*Lyon Médical*, 8 mars 1931.)
- SERGENT et KOURLISKY. — Quelques réflexions sur l'abus du diagnostic de pleurésie interlobaire. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1^{er} avril 1927.)
- SERGENT. — Suppuration pulmonaire et réveil de tuberculose. (*Journ. des Praticiens*, mai 1932.)

SAVY, PICHAT et GOUVERNER. — De la latence clinique de certains abcès du poumon. (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 9 janvier 1934.)

SAVY, MOUNIER-KUHN et DELORE. — Bronchoscopie dans un abcès du poumon. Amélioration après chaque aspiration. (*Lyon Médical*, 1932.)

TROUSSEAU. — *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris*.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER. — Introduction.....	9
CHAPITRE II. — Observations.....	19
CHAPITRE III. — Considérations anatomo-pathologiques.	107
CHAPITRE IV. — Symptomatologie et formes cliniques..	113
1° <i>Symptomatologie</i>	113
2° <i>Formes cliniques</i>	126
CHAPITRE V. — Diagnostic.....	137
CHAPITRE VI. — Pronostic.....	143
1° <i>Pronostic global</i>	143
2° <i>Eléments de pronostic</i>	146
CHAPITRE VII. — Traitement.....	153
1° <i>Les divers traitements préconisés</i>	154
2° <i>Indications thérapeutiques dans les différents</i> <i>cas</i>	161
3° <i>Les résultats chez nos malades</i>	169
CONCLUSIONS	173
BIBLIOGRAPHIE	177



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS-ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



